



جمهورية العراق  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة القادسية  
كلية الإدارة والاقتصاد

# تأثير التغطية الصحية الشاملة في النوايا السلوكية : الدور الوسيط للقيمة المتحققة للمريض

دراسة استطلاعية في بعض مراكز الرعاية الصحية في مركز مدينة الديوانية

رسالة ماجستير مقدمة إلى  
مجلس كلية الإدارة والاقتصاد/ جامعة القادسية  
وهي جزء من متطلبات نيل درجة الماجستير في علوم إدارة الأعمال

من قبل الطالبة  
هديل كاظم دهش جلاب

بإشراف  
الأستاذ الدكتور

أسيل علي مزهر

2021 م

1443 هـ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



" الذي خلق الموت والحياة ليبلوكم أيكم أحسن

عملاً وهو العزيز الغفور "

صدق الله العلي العظيم

﴿ سورة الملك / الآية 2 ﴾

## الامناء

فضلكم يا والدي عمي حتى اللجم ... كل هم قد أصابنا زادكم بالطبع هم  
 أن كل ما جنبنا من جهودكم نجم ... والدي يا خير عون كان لي عند المحن  
 إلى التي لازمني دعاؤها باستمرار... فتراني أحيا وأواصل المشوار ، إلى من  
 أثقلت الجفون سهرًا وجاهدت الأيام صبرًا ورفعت الأيدي دعاءً لي ... **أمي**  
 إلى من سعى وشقى لأنعم بالراحة والهناء ، الذي زادني قوة وإصرار وحفز في  
 العزم والتصميم على مواصلة طلب العلم عرفناً وبراً وأحساناً ... **أبي**  
 إلى سندي في الحياة إخوتي وأحبتني... فخراً وحباً واحتراماً  
 إلى من كان حريصاً وناصباً إلي ، الذي لم يبخل بشي من أجل دفعي في  
 طريق النجاح ... **أد إحصان دهش**  
 إلى من خرجوا لإعلاء كلمة الحق وسقطوا شهداء رمز التضحية والفداء ...  
**ثورة تشرين**  
 إلى كل من أحسن إليّ ومنحني علماً وأفادني خبرة وأعطاني معرفة  
 اهدي هذا الجهد المتواضع محفوناً بكل معاني الوفاء والمحبة تقرباً إلى الله تعالى .



الباحثة



بسم الله الرحمن الرحيم

(( ومن يشكر فإنما يشكر لنفسه ))

صدق الله العلي العظيم

## شكر وامتنان

الحمد لله الذي هدانا لهذا وما كنا لنهتدي لولا أن هدانا الله... والصلاة والسلام على الحبيب المصطفى صلوات ربي وسلامه عليه، وعلى آله الطيبين، وصحبه المنتجبين، ومن سار على دربه واهتدى بهداه إلى يوم الدين.

ويعد ... ففي ختام هذا الجهد العلمي المتواضع لا يسعني إلا أن أتقدم بخالص الشكر وعظيم الامتنان لكل من ساعد في إكمال هذه الرسالة وأخص بالذكر أستاذتي ومشرفتي الفاضلة الأستاذة الدكتورة أسيل علي مزهر على قبولها الإشراف على هذه الرسالة والتي لم تذخر جهداً في التوجيه والمساعدة بكل ما هو مفيد ولكل ما أبدته من ملاحظات، وإرشادات كان لها الأثر الأكبر في إنجاز هذه الرسالة، جزاها الله تعالى عني خير الجزاء.

كما أتقدم بوافر الشكر والامتنان، والمحبة إلى أستاذتي الكرام في قسم إدارة الأعمال الذين تتلمذت على أيديهم ونهلت من علمهم في مرحلتي البكالوريوس والماجستير، وفقهم الله تعالى لكل خير، كما أتقدم بالشكر والامتنان إلى السادة رئيس لجنة المناقشة وأعضائها المحترمين لموافقتهم على مناقشة هذه الرسالة ولما أبدوه من ملاحظات علمية قيمة جزاهم الله سبحانه وتعالى خير الجزاء، ويتطلب واجب الاحترام أن أتقدم بجزيل الشكر إلى الأساتذة المحكمين لاستمارة الأستبانة لملاحظاتهم القيمة، والشكر موصول إلى الخبير اللغوي والخبير العلمي لتفضلهما بمراجعة الرسالة لغوياً وعلمياً، فجزاهم الله جل وعلا خير الجزاء.

وأتقدم بالشكر إلى أفراد عائلتي لوقوفهم بجانبني طيلة فترة الدراسة، وكذلك أشكر كل من ساعد على إتمام هذا البحث، وقدم لنا العون ومددنا يد المساعدة، ودعا لنا بظهور الغيب جزاهم الله جل وعلا عني خيراً.

ولابد لي إن أقدم الاعتذار إلى كل من لم تسعفني الذاكرة بتقديم الشكر، وعبارات الامتنان لهم.

وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين .....

الباحثة

## المستخلص

هدفت الدراسة الحالية إلى تسليط الضوء على تأثير التغطية الصحية الشاملة في تعزيز النوايا السلوكية للزبون من خلال القيمة المتحققة له لعينة من المراجعين لمراكز الرعاية الصحية في مركز مدينة الديوانية التي بلغ عددها (18) مركزا صحيا وقوامها (491) مراجعا . يضم متغير التغطية الصحية الشاملة ثلاثة إبعاد رئيسة هي التغطية السكانية وتغطية الخدمات الصحية والتغطية المالية ، أما متغير القيمة المتحققة للزبون الذي يؤكد على القيمة التي يحصل عليها الزبون من جراء استخدامه للخدمات الصحية المقدمة في مراكز الرعاية الصحية ويضم أربعة أبعاد رئيسة هي القيمة الوظيفية والقيمة العاطفية والقيمة المالية والقيمة الاجتماعية ، أما متغير النوايا السلوكية فيضم ثلاثة أبعاد هي الولاء الموقفي والميل للتحويل وإعادة التعامل للمرة الثانية. وقد تبنت الدراسة الاستبانة كأداة قياس أساسية لجمع البيانات التي وظفت لاختبار فرضيات الدراسة الرئيسية والفرعية من خلال استخدام عدد من الوسائل الإحصائية أبرزها (معامل الارتباط البسيط بيرسون ، وتحليل الانحدار البسيط والمتعدد) وقد أثبتت نتائج الدراسة صحة اغلب الفرضيات ، وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من الاستنتاجات كان من أبرزها امتلاك جميع المرضى لحق الاستفادة من الخدمات التي تقدمها المراكز الصحية والتغطية التي تتميز بها خدماتها من ناحية توفير الخدمات أو الحماية من العواقب الاقتصادية للانتفاع من تلك الخدمات ، فكل ذلك من شأنه أن يحسن مستوى الولاء الموقفي للمرضى والتقليل من مدى ميولهم للتحويل من مركز صحي إلى آخر فضلاً عن توافر نواياهم بتكرار التعامل مع المركز الصحي الذي يتعاملون معه.

الكلمات الدالة : التغطية الصحية الشاملة، القيمة المتحققة للمريض، والنوايا السلوكية .

## قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
	الآية القرآنية
أ	الإهداء
ب	شكر وامتنان
ت	المستخلص
ث	قائمة المحتويات
ج-خ	قائمة الجداول
دذ	قائمة الأشكال
ر	قائمة الملاحق
2-1	المقدمة
33-3	الفصل الأول : منهجية الدراسة و دراسات سابقة
14-4	المبحث الأول :منهجية الدراسة
33-15	المبحث الثاني : دراسات سابقة
99-34	الفصل الثاني : الأسس النظرية للدراسة
59-35	المبحث الاول :التغطية الصحية الشاملة : تأطير مفاهيمي نظري
81-60	المبحث الثاني : القيمة المتحققة للزبون: تأطير مفاهيمي نظري
95-82	المبحث الثالث : النوايا السلوكية للزبون : تأطير مفاهيمي نظري
99-96	المبحث الرابع : العلاقة بين متغيرات الدراسة
159-100	الفصل الثالث : الإحصاءات الوصفية و اختبار فرضيات الدراسة
122-101	المبحث الأول : اختبار مقاييس الدراسة وبناء نماذجها
140-123	المبحث الثاني : عرض وتحليل مستوى أهمية متغيرات الدراسة
159-141	المبحث الثالث : اختبار فرضيات علاقات الارتباط والتأثير وتحليلها
166-160	الفصل الرابع : الاستنتاجات و التوصيات
163-161	المبحث الأول : الاستنتاجات
166-164	المبحث الثاني : التوصيات و المقترحات
195-167	المصادر و المراجع
****	الملاحق
a	ملخص الرسالة باللغة الانكليزية



## قائمة الجداول

الصفحة	الجدول	ت
8	متغيرات الدراسة وفقراتها ومقاييسها	1
13	توزيع أفراد العينة بحسب النوع الاجتماعي	2
14	توزيع أفراد العينة بحسب الفئة العمرية	3
14	توزيع أفراد العينة بحسب عدد مرات التعامل مع المركز الصحي	4
15	بعض الدراسات السابقة ذات الصلة بالتغطية الصحية الشاملة	5
22	بعض الدراسات السابقة الخاصة بالقيمة المتحققة للزبون	6
28	بعض الدراسات السابقة ذات الصلة بالنوايا السلوكية للزبون	7
35	آراء بعض الباحثين حول مفهوم الجودة	8
41	آراء بعض الباحثين حول مفهوم جودة الرعاية الصحية	9
48	وجهات نظر بعض الباحثين بشأن مفهوم التغطية الصحية الشاملة	10
63	مفهوم قيمة الزبون من وجهة نظر بعض الباحثين	11
73	أبعاد قيمة الزبون من وجهة نظر بعض الباحثين	12
82	مفهوم النوايا السلوكية من وجهة نظر بعض الباحثين	13
87	أبعاد النوايا السلوكية للزبون من وجهة نظر بعض الباحثين	14
91	إيجابيات وسلبيات الولاء السلوكي والموقفي للزبون	15
101	ترميز وتوصيف متغيرات الدراسة	16
103	نتائج التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة	17
104	معياري مفاضلة التشبعات لكفاية حجم العينة لـ (KMO)	18
105	قوة الارتباط بين عوامل متغيرات الدراسة	19
106	تشبعات التحليل العاملي الاستكشافي لعوامل التغطية الصحية الشاملة	20
107	تشبعات التحليل العاملي الاستكشافي لعوامل النوايا السلوكية للزبون	21
109	مؤشرات جودة المطابقة	22
110	التشبعات المعيارية لمتغير التغطية الصحية الشاملة	23
113	التشبعات المعيارية لمتغير القيمة المتحققة للزبون	24
116	التشبعات المعيارية لمتغير النوايا السلوكية	25
119	معاملات الفا كرونباخ لمتغيرات وأبعاد الدراسة	26
120	الاتساق الداخلي لفقرات وابعاد متغير التغطية الصحية الشاملة	27
121	الاتساق الداخلي لفقرات وابعاد متغير القيمة المتحققة للزبون	28
122	الاتساق الداخلي لفقرات وابعاد متغير النوايا السلوكية	29
123	درجات مستويات قيم الأوساط الحسابية	30
124	الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لابعاد متغير التغطية الصحية الشاملة	31

125	32	الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية والاهمية النسبية لُبُعد التغطية السكانية
127	33	الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية والاهمية النسبية لُبُعد تغطية الخدمات الصحية
128	34	الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية والاهمية النسبية لُبُعد التغطية المالية
129	35	الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية والاهمية النسبية لابعاد متغير القيمة المتحققة للزبون
131	36	الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية والاهمية النسبية لُبُعد القيمة الوظيفية
132	37	الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية والاهمية النسبية لُبُعد القيمة العاطفية
133	38	الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية والاهمية النسبية لُبُعد القيمة المالية
135	39	الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية والاهمية النسبية لُبُعد القيمة الاجتماعية
136	40	الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية والاهمية النسبية لابعاد متغير النوايا السلوكية للزبون
137	41	الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية والاهمية النسبية لُبُعد الولاء الموقفي
138	42	الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية والاهمية النسبية لُبُعد الميل إلى التحول
140	43	الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية والاهمية النسبية لُبُعد نية تكرار التعامل للمرة الثانية
141	44	قيمة معامل الارتباط ونوع العلاقة وقوتها
143	45	مصفوفة الارتباط بين ابعاد التغطية الصحية الشاملة وابعاد القيمة المتحققة للزبون
144	46	مصفوفة الارتباط بين ابعاد التغطية الصحية الشاملة وابعاد النوايا السلوكية للزبون
146	47	مصفوفة الارتباط بين ابعاد القيمة المتحققة للزبون وابعاد النوايا السلوكية للزبون
150	48	نتائج تحليل تأثير التغطية الصحية الشاملة في القيمة المتحققة للزبون
151	49	نتائج تحليل تأثير ابعاد التغطية الصحية الشاملة في القيمة المتحققة للزبون
152	50	نتائج تحليل تأثير التغطية الصحية الشاملة في النوايا السلوكية للزبون
154	51	نتائج تحليل تأثير ابعاد التغطية الصحية الشاملة في النوايا السلوكية للزبون
154	52	نتائج تحليل تأثير القيمة المتحققة للزبون في النوايا السلوكية





خ

## قائمة الجداول

\*\*\*\*\*

157	نتائج تحليل تأثير ابعاد القيمة المتحققة للزبون في النوايا السلوكية للزبون	53
158	نتائج تحليل تأثير التغطية الصحية الشاملة في النوايا السلوكية للزبون من خلال الدور الوسيط للقيمة المتحققة للزبون	54

## قائمة الاشكال

الصفحة	الشكل	ت
9	المخطط الفرضي للدراسة	1
39	البنية التحتية للرعاية الصحية الإلكترونية	2
43	عناصر جودة الرعاية الصحية	3
54	الجوانب الأساسية الواجب أخذها في الاعتبار عند رسم سياسة التغطية الصحية الشاملة	4
58	التأثيرات التي تنتجها إبعاد التغطية الصحية الشاملة وتأثيراتها	5
59	العلاقة بين جودة الرعاية الصحية وتحقيق التغطية الصحية الشاملة وبيئة النظام الصحي	6
67	أنواع قيمة الزبون	7
69	مكونات قيمة الزبون	8
71	مراحل خلق القيمة ومعوقاتهما	9
78	احتياجات الزبون للقيمة الاجتماعية	10
80	العوامل المؤثرة على القيمة المتحققة للزبون	11
86	أطار عمل النوايا السلوكية وتبديل الحواجز	12
95	نموذج السلوك الشرائي	13
110	النموذج البنائي لمتغير التغطية الصحية الشاملة	14
111	أهمية فقرات بُعد التغطية السكانية	15
111	أهمية فقرات بُعد تغطية الخدمات الصحية	16
112	أهمية فقرات بُعد التغطية المالية	17
113	النموذج البنائي لمتغير القيمة المتحققة للزبون	18
114	أهمية فقرات بُعد القيمة الوظيفية	19
114	اهمية فقرات بُعد القيمة العاطفية	20
115	اهمية فقرات بُعد القيمة المالية	21
115	اهمية فقرات بُعد القيمة الاجتماعية	22
116	النموذج البنائي لمتغير النوايا السلوكية	23
117	اهمية فقرات بُعد الولاء الموقفي	24
118	اهمية فقرات بُعد الميل إلى التحول	25
118	اهمية فقرات بُعد نية تكرار التعامل للمرة الثانية	26
124	توزيع الاهمية النسبية لابعاد متغير التغطية الصحية الشاملة	27
126	توزيع الاهمية النسبية لبُعد التغطية السكانية	28
127	توزيع الاهمية النسبية لبُعد تغطية الخدمات الصحية	29
129	توزيع الاهمية النسبية لبُعد التغطية المالية	30



130	توزيع الاهمية النسبية لابعاد متغير القيمة المتحققة للزبون	31
131	توزيع الاهمية النسبية لبعء القيمة الوظيفية	32
132	توزيع الاهمية النسبية لبعء القيمة العاطفية	33
134	توزيع الاهمية النسبية لبعء القيمة المالية	34
135	توزيع الاهمية النسبية لبعء القيمة الاجتماعية	35
136	توزيع الاهمية النسبية لابعاد متغير النوايا السلوكية للزبون	36
137	توزيع الاهمية النسبية لبعء الولاء الموقفي	37
139	توزيع الاهمية النسبية لبعء الميل للتحويل	38
140	توزيع الاهمية النسبية لبعء نية تكرار التعامل للمرة الثانية	39
150	الانموذج البنائي لتأثير التغطية الصحية الشاملة في القيمة المتحققة للزبون	40
151	الانموذج البنائي لتأثير ابعاد التغطية الصحية الشاملة في القيمة المتحققة للزبون	41
152	الانموذج البنائي لتأثير التغطية الصحية الشاملة في النوايا السلوكية للزبون	42
154	الانموذج البنائي لتأثير ابعاد التغطية الصحية الشاملة في النوايا السلوكية للزبون	43
155	الانموذج البنائي لتأثير القيمة المتحققة للزبون في النوايا السلوكية للزبون	44
157	الانموذج البنائي لتأثير ابعاد القيمة المتحققة للزبون في النوايا السلوكية للزبون	45
159	الأنموذج البنائي لتأثير التغطية الصحية الشاملة في النوايا السلوكية للزبون من خلال الدور الوسيط للقيمة المتحققة للزبون	46



## قائمة الملاحق

الملاحق	ت
أسماء السادة المحكمين	1
استمارة الاستبيان	2
مراكز الرعاية الصحية الأولية المبحوثة	3

## المقدمة

تؤكد أهداف التنمية المستدامة (SDG) Sustainable Development Goals على الالتزام العالمي بتحقيق التغطية الصحية الشاملة بحلول عام 2030 ، إذ وافقت جميع الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية والبالغ عددها 193 دولة على أهداف التنمية المستدامة في عام 2005 ، ووضعت جدول أعمال طموح لعالم أكثر أماناً وأنصافاً وصحة .

أن جودة الرعاية الصحية هي الأساس الذي تقوم عليه التغطية الصحية الشاملة ، لأن الحصول على خدمات رعاية صحية بدون جودة يعد وعداً فارغاً بتحقيق التغطية الصحية الشاملة. في حين أن تقديم رعاية صحية عالية الجودة للجميع قد يبدوا فكرة طموحة ، إلا أنه يمكن تحقيقها في جميع الظروف في ظل قيادة جيدة وتخطيط محكم واستثمار ذكي. ونظراً لان خدمات الرعاية الصحية أصبحت أكثر تنافسية ، فإن مقدمي هذه الخدمات والباحثين الأكاديميين أصبحوا يهتمون بشكل متزايد باستكشاف كيفية إدراك المرضى للجودة قبل بناء مستويات رضاهم وتوليد نوايا سلوكية لديهم ، إذ تدرك مراكز الرعاية الصحية اليوم بشكل متزايد الحاجة إلى التركيز على جودة الخدمة كتدبير للتحسين من وضعها وسمعتها ، لذلك تلعب المحددات القائمة على الزبون وتصورات جودة الخدمة والقيمة المتحققة للمريض دوراً مهماً في مراجعة هذه المراكز الصحية. ووفقاً لما تقدم فإن الدراسة الحالية تحاول أن تقف على مستوى جودة الخدمات المقدمة للأفراد في مراكز الرعاية الصحية وما هي القيمة المتحققة لهم من استخدامهم لهذه الخدمات لما لها من تأثير واسع على النوايا السلوكية للفرد ومدى انطباعه عن جودة الخدمة المقدمة في المركز الصحي ، كما تحاول هذه الدراسة توضيح أهمية ودور التغطية الصحية والهدف العالمي الذي تسعى منظمة الصحة العالمية الوصول إليه عبر تقديم الخدمات الصحية عالية الجودة لجميع الأفراد والمجتمعات ، وكذلك توضح طبيعة ، ونوع العلاقة بين أبعاد التغطية الصحية الشاملة والقيمة المتحققة للزبون والنوايا السلوكية للزبون .

ولغرض الإحاطة بما ذكر أعلاه تم تقسيم الدراسة على أربعة فصول، خصص الفصل الأول منها لعرض منهجية الدراسة والمتمثلة ( بمشكلة الدراسة وأهدافها وأهميتها وحدودها وفرضياتها ووصفاً لعينيتها، وكذلك أهم الوسائل والأدوات الإحصائية بهدف اختبار فرضياتها)، و تناول المبحث الثاني بعض من الدراسات السابقة ذات الصلة بمتغيراتها. أما الفصل الثاني والذي تناول الجانب النظري للدراسة فقد تم تقسيمه على أربعة مباحث خصص المبحث الأول منها لتقديم تأطير نظري حول مفهوم، وإبعاد التغطية الصحية الشاملة ، في حين تناول المبحث الثاني مفهوم وإبعاد القيمة المتحققة للزبون وعرض وجهات نظر بعض الباحثين حول هذا المفهوم، أما المبحث الثالث فقد تناول مفهوم وإبعاد النوايا السلوكية للزبون ، في حين عرض

المبحث الرابع العلاقة الرابطة بين متغيرات الدراسة .وخصص الفصل الثالث من الدراسة للجانب العملي الذي تضمن ثلاثة مباحث ، تناول المبحث الأول اختبار مقاييس الدراسة وبناء أنموذجها والتحقق من صدق وثبات أدوات القياس المعتمدة في هذه الدراسة ، أما المبحث الثاني فقد خصص لتقديم عرضاً، وتحليلاً لمستوى، وأهمية متغيرات الدراسة وذلك من خلال التطرق لآراء المبحوثين التي كشفت عنها إجاباتهم على فقرات أداة الدراسة ، في حين تناول المبحث الثالث اختبار فرضيات علاقات الارتباط والتأثير وتحليلها ، في حين ركز الفصل الأخير من الدراسة وهو الفصل الرابع والذي خصص لعرض مجموعة من الاستنتاجات التي توصلت إليها الدراسة وعدد من التوصيات والمقترحات لدراسات مستقبلية تأمل الدراسة الحالية إن تسهم في حل مشكلة الدراسة، وان تأخذ طريقها للاهتمام من قبل الباحثين والدارسين .

ومن الله التوفيق

الباحثة



# الفصل الأول

منهجية الدراسة ودراسات سابقة

المبحث الأول: منهجية الدراسة

المبحث الثاني: دراسات سابقة

## المبحث الأول منهجية الدراسة

### تمهيد

تمثل منهجية الدراسة العمود الفقري أو خارطة الطريق لأي دراسة ، لأنها تحدد المسار الصحيح للباحث الذي يجب أن تسير فيه الدراسة، وتتيح للمعنيين الإلمام بالكيفية التي سيتم من خلالها تنفيذ إجراءاتها ، وبناءً على ذلك سيقدم هذا المبحث عرضاً متسلسلاً لهذه الفقرات .

### أولاً : مشكلة الدراسة

بعد مضي أكثر من عقدين على حلول القرن الحادي والعشرين ، لا يزال القطاع الصحي يتصارع مع التحدي الوبائي الذي برز منذ أواخر عام 2019. إذ تشير الدلائل أن أغلب البلدان النامية لم تتمكن من بلوغ أهدافها ذات الصلة بتحقيق التغطية الصحية الشاملة وأهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة والحد من الفقر ما لم تتخذ خطوات عاجلة لتدعيم تمويلها الصحي ، ورغم أنه لم يعد يفصلنا عن عام 2030 (وهو الموعد النهائي المحدد لتحقيق أهداف التنمية المستدامة) ، سوى فترة لا تكاد تزيد على تسع سنوات ، إلا إن هناك أكثر من 3.6 مليار شخص لا يحصلون على أبسط الخدمات الصحية الأساسية، وذلك بحسب تقرير منظمة الصحة العالمية الصادر عام 2018 بمعنى أن 46% من سكان العالم يعانون من نقص في الخدمات الصحية وتدني في مستوى جودتها ، والأمر الذي زاد من هذا الوضع سوءاً هو تفشي جائحة كورونا التي اجتاحت العالم .

وفي بلدنا العزيز العراق الذي عانى ولا زال يعاني فيه القطاع الصحي من الكثير من الصعوبات والتحديات والإهمال ، نلاحظ سفر الكثير من المواطنين إلى خارج العراق لغرض العلاج لشعورهم بعدم وجود توازن بين التكاليف التي يدفعونها والقيمة التي يحصلون عليها أو يدركونها الأمر الذي ساهم بطريقة أو أخرى في وجود إشكاليات في ولاء الزبائن وميولهم ونوايا تكرار التعامل لديهم.

وباختصار يمكن إجمال مشكلة الدراسة بتساؤلات عديدة وهي :-

- 1- ما هو المدى الذي تقدم فيه مراكز الرعاية الصحية خدمات التغطية الصحية الشاملة للزبائن؟
- 2- ما مستوى القيمة الوظيفية والعاطفية والمالية والاجتماعية المتحققة للزبائن المستفيدين من خدمات مراكز الرعاية الصحية الأولية؟
- 3- ما هي حقيقة النوايا السلوكية للزبائن المستفيدين من خدمات مراكز الرعاية الصحية الأولية؟

4- ما هو مدى تأثير التغطية المكانية والصحية والمالية في النوايا السلوكية للزبائن المستفيدين من خدمات مراكز الرعاية الصحية الأولية ؟

5- هل يزداد تأثير التغطية الصحية الشاملة للخدمات الصحية في النوايا السلوكية للزبائن المستفيدين من خدمات مراكز الرعاية الصحية الأولية بمستوى القيمة الوظيفية والعاطفية والمالية والاجتماعية المتحققة لهؤلاء الزبائن ؟

### ثانياً : أهمية الدراسة

يمكن تحديد أهمية الدراسة بما يأتي :

1 - تتأني أهمية الدراسة كونها من الموضوعات البحثية الجديدة ، التي يمتاز الجمع بين متغيراتها بالندرة بحسب علم الباحثة .

2\_ يعد قطاع الرعاية الصحية قطاع مهم وحيوي وبالتالي لابد من توظيف مفاهيم الجودة والتسويق فضلاً عن الأفكار الإدارية الحديثة فيه من أجل الارتقاء بمستوى الخدمات المقدمة .

3\_ تعد قيمة الزبون من المفاهيم المهمة، والتي لا زالت حتى وقتنا الراهن مثار اهتمام المفكرين والخبيرين على حد سواء وبالتالي لابد من أخذها بالاعتبار إذا ما أرادت المنظمات الصحية تطوير أدائها وكسب ولاء زبائنها، وهو ما تحاول الدراسة الحالية تجسيده في الواقع العملي.

4\_ من شأن هذه الدراسة أن تساهم في ردم الفجوة بين واقع القطاع الصحي في بلدنا العزيز وبين ما يجب أن يكون عليه أسوة بالبلدان المجاورة التي قطعت شوطاً كبيراً في هذا الميدان .

5\_ تعد هذه الدراسة خطوة مبدئية للحث على القيام بمزيد من الدراسات التي تبين أهمية دور التغطية الصحية الشاملة في تعزيز النوايا السلوكية للزبون ، وذلك من خلال تقديم خدمات طبية وعلاجية تحقق قيمة حقيقية للزبون .

6\_ نأمل أن تفيد هذه الدراسة مراكز الرعاية الصحية في العراق ، والمراكز الصحية المبحوثة بشكل خاص في تكوين خطة عمل متكاملة يمكن الاعتماد عليها في تشخيص أسلوب التعامل مع الخدمات المقدمة من قبل المراكز الصحية في حالة تفشي الأوبئة والأمراض ، ومن ثم المساهمة في عملية المعالجة، والتحسين من أجل زرع نوايا إيجابية لدى زبائننا.

### ثالثاً : أهداف الدراسة

أن الهدف الذي نسعى له جميعاً هو ضمان أن يكون لكل شخص الحق في الوصول إلى خدمات رعاية صحية ذات جودة وقيمة عالية.

ومن هذا المنطلق فإن الدراسة الحالية تتوخى بلوغ جملة من الأهداف لعل من أبرزها الآتي:

1 - البدء بوضع الأسس الصحيحة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة ورفع مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

- 2 \_ تشخيص مدى قيام العاملين في المراكز الصحية بتقديم خدمات ذات قيمة عالية للزبون تنعكس على نواياه السلوكية المستقبلية.
- 3 \_ التعرف على واقع جودة الخدمات الطبية والعلاجية المقدمة في مراكز الرعاية الصحية ، وما هي القيمة التي تقدمها هذه الخدمات للزبون ؟
- 4 \_ دراسة وتقييم مستوى النوايا السلوكية للزبائن تجاه مراكز الرعاية الصحية والتي من خلالها يمكن التنبؤ بسلوكهم ، الذي يعد أساس في أي عملية تسويقية.
- 5 \_ محاولة تقديم نتائج هذه الدراسة إلى الجهات المختصة ، إذ يدعم هذا الموضوع التوجه المستقبلي نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة وأيلاء المزيد من الاهتمام لحاجات الزبائن ورغباتهم.

#### رابعاً : التعريفات الإجرائية للمتغيرات

- أ - التغطية الصحية الشاملة :- هي جهود حكومية تستهدف تحقيق الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية والتأهيلية للفرد و الأسرة والمجتمع بأسعار مناسبة وبما يضمن حصول الجميع على تلك الرعاية الصحية . وهي بذلك تمثل أحد أهداف التنمية المستدامة للمجتمعات في عالم اليوم . وتتكون التغطية الصحية الشاملة من الأبعاد الآتية :
- التغطية السكانية :- من أولويات منظمة الصحة العالمية هي توفير جميع الخدمات الصحية لأكبر عدد ممكن من السكان من خلال وضع الخطط والأهداف من أجل تحقيق ذلك .
- تغطية الخدمات الصحية :- لتحقيق التغطية الصحية الشاملة نعتقد أن هناك حاجة إلى نهج متكامل لتقديم الرعاية الصحية لتحسين الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية للجميع .
- التغطية المالية :- تتمثل رؤية التغطية الصحية الشاملة في عام 2030 في أن تصل الخدمات والأدوية عالية الجودة بأسعار معقولة .
- ب - القيمة المتحققة للزبون :- مقارنه داخلية يجريها الزبون بين المزايا التي تقدمها المنظمة له في منتجاتها أو خدماتها وبين السعر الذي يطلب من الزبائن دفعه للحصول على تلك المنتجات أو الخدمات .
- وتتضمن القيمة المتحققة للزبون الأبعاد التالية :
- القيمة الوظيفية :- تقييمات عقلانية واقتصادية للأفراد حول السمات الخاصة والتأثيرات الحقيقية التي سيحصل عليها الزبائن من شراء المنتج أو استعمال الخدمة ، إذ أن القيمة الوظيفية (الجودة) للخدمة من الضروري أن تكون تمتاز بالموثوقية

- **القيمة العاطفية** :- المنفعة المستمدة من المشاعر أو الحالات العاطفية ، وأن المنظمات التي تركز على تقديم قيمة عاطفية سيثمر في زيادة فهمهم للإستجابات العاطفية للزبائن وبالتالي يؤدي إلى رضاهم عن الخدمات المقدمة.

- **القيمة المالية** :- تعالج القيمة المالية الجوانب النقدية المباشرة مثل السعر وإعادة البيع والخصم والاستثمار وما إلى ذلك ، مشيراً إلى قيمة المنتج معبراً عنه بالمال إلى ما تم التخلي عنه أو التنازل عن التضحيات للحصول على المنتج

- **القيمة الاجتماعية** :- يركز البعد الاجتماعي لقيمة الزبون على التوجه الشخصي للزبون تجاه العلامة التجارية أو المنتج وهذا التوجه يكون مصدره المجتمع ، أي بمعنى ترتبط قيمة التفاعل الاجتماعي بالتفاعل الاجتماعي للزبائن مع الأصدقاء والعائلة والمستخدمين الآخرين فيما يتعلق بتجربة الخدمة.

ج - **النوايا السلوكية للزبون** :- استعداد الزبون لاقتراح المنظمة على الآخرين واستمرار علاقته معها من خلال إعادة التعامل لأكثر من مرة مع المنظمة. وتتكون من الأبعاد الآتية :

- **الولاء الموقفي** :- يكون الولاء الموقفي حسب مشاعر الزبون، ومعتقده وتوجهه، وكذلك نية الشراء لديه، ويؤكد الولاء الموقفي على الزبائن أصحاب التوجه القوي نحو منتج معين أو خدمة معينة نتيجة استمرار علاقته مع المنظمة .

- **الميل للتحويل** :- .يميل الزبون إلى أن يكون أكثر التزاماً وولاء للمنظمة، ولن يبحث عن بدائل أو يميل للتحويل لمنافس آخر.

- **نية تكرار التعامل للمرة الثانية** :- رغبة الزبون في إعادة تكرار التعامل مرة أخرى مع المنظمة التي تقدم خدمة ذات جودة عالية وتؤدي إلى ترك انطباع جيد لدى الزبون عن هذه الخدمة.

#### خامساً : أدوات جمع البيانات والمعلومات

اعتمدت الباحثة على أساليب عديدة لجمع البيانات و المعلومات هي :

#### 1 - أدوات الجانب النظري

لاستكمال الجانب النظري اعتمدت الباحثة على المراجع العربية و الأجنبية من كتب و دراسات و رسائل و أطاريح علمية و منشورات و دوريات و بحوث ذات صلة بالدراسة فضلاً عن الاستفادة من شبكة المعلومات الدولية (الانترنت) .

## 2 - أدوات الجانب العملي

اعتمدت الباحثة على الدراسة الميدانية لجمع البيانات عن العينة من خلال اعتماد الإستبانة ( ملحق 2) بوصفها الوسيلة الرئيسة في جمع البيانات و المعلومات لأنها الوسيلة الأكثر انسجاما مع طبيعة الدراسة الحالية وإبعادها ممثلة بـ (التغطية الصحية الشاملة ، القيمة المتحققة للزبون ، النوايا السلوكية للزبون ) ، إذ اشتملت الإستبانة على (44) سؤالاً وكما موضح في الجدول (1) . وتجدر الإشارة إلى أن كل المتغيرات ذات مقياس خماسي (أوافق بشدة ، أوافق ، غير متأكد ، لا وافق ، لا أوافق بشدة).

الجدول (1) متغيرات الدراسة وفقراتها ومقاييسها

المتغيرات الرئيسية	المتغيرات الفرعية	الفقرات	المقياس المعتمد
1	التغطية السكانية	7	أعداد الباحثة بالاعتماد على تقرير منظمة الصحة العالمية (WHO,2018)
	تغطية الخدمات الصحية	6	
	التغطية المالية	6	
2	القيمة الوظيفية	3	(Wang et al., 2004)
	القيمة العاطفية	4	
	القيمة المالية	5	
	القيمة الاجتماعية	4	
3	الولاء الموقفي	4	(White,2005)
	الميل المتحول	2	
	نية تكرار التعامل للمرة الثانية	3	
			أعداد الباحثة بالاعتماد على مقياس (HO,2015)

## سادساً : أنموذج الدراسة الفرضي

لغرض تحقيق أهداف الدراسة تمت صياغة المخطط الفرضي الوارد في الشكل (1) بهدف اختباره في مراكز الرعاية الصحية في مركز مدينة الديوانية .

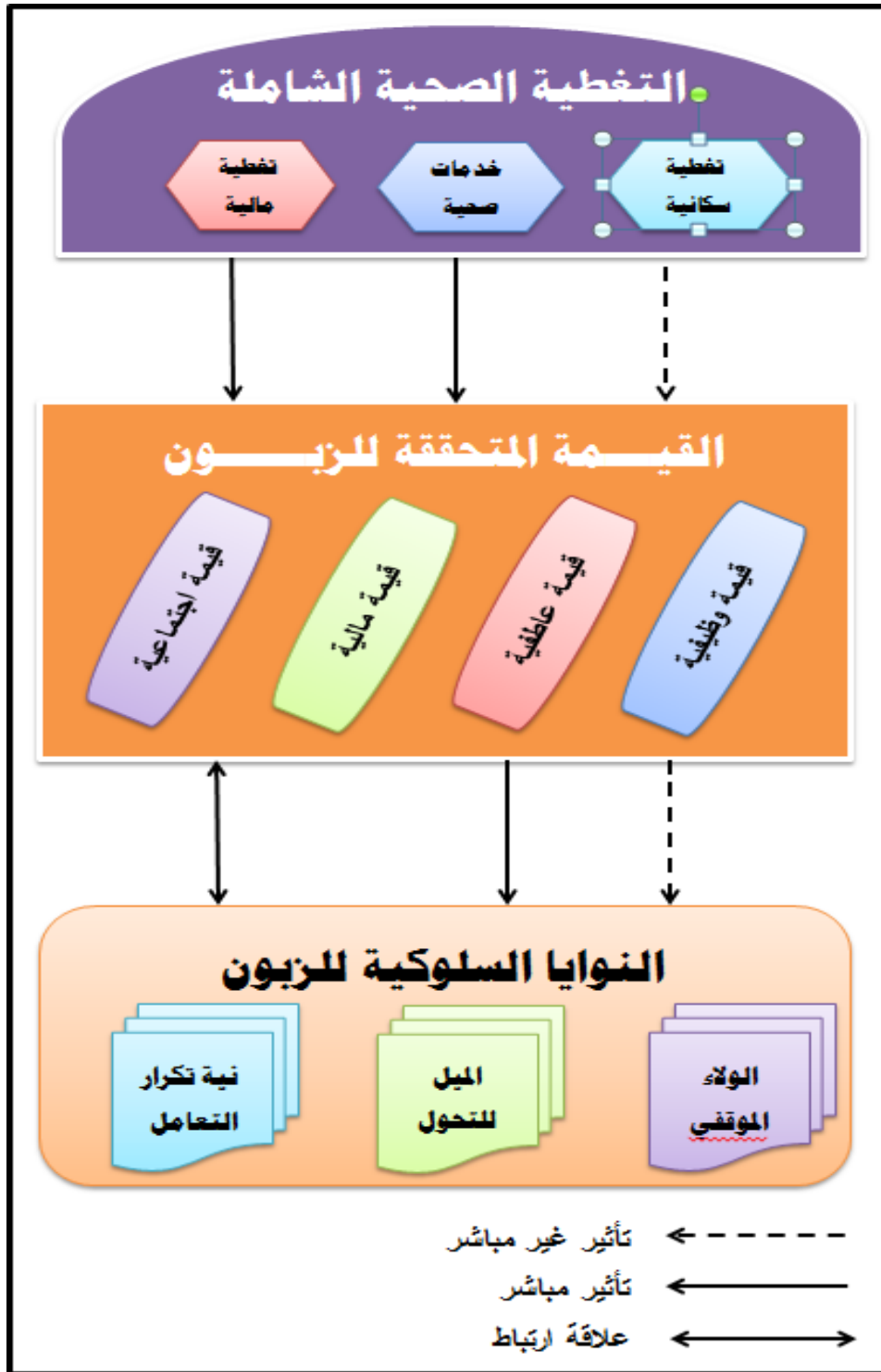
يتكون المخطط الوارد في الشكل (1) من ثلاثة متغيرات رئيسة يتكون أي منها من عدد من المتغيرات الفرعية وكالاتي :-

1- المتغير المستقل : التغطية الصحية الشاملة : وتتكون من ثلاثة إبعاد ( التغطية السكانية ، التغطية الخدمات الصحية ، التغطية المالية).

2- المتغير الوسيط : القيمة المتحققة للزبون : وتتكون من أربع إبعاد ( القيمة الوظيفية ، القيمة العاطفية ، القيمة المالية ، القيمة الاجتماعية ).

3- المتغير المعتمد : النوايا السلوكية للزبون : وتتكون من ثلاثة إبعاد ( الولاء الموقفي ، الميل للتحويل ، نية تكرار التعامل للمرة الثانية ).





الشكل (1) المخطط الفرضي للدراسة

سابعاً : فرضيات الدراسة

استكمالاً لمتطلبات الدراسة وبهدف الإجابة عن تساؤلاتها تم وضع الفرضيات الآتية:

## 1- (فرضيات الارتباط):-

**الفرضية الرئيسية الأولى:** توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين التغطية الصحية الشاملة والقيمة المتحققة للزبون. وينبثق من هذه الفرضية الفرضيات الفرعية الآتية:-

أ- توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين التغطية السكانية، والقيمة المتحققة للزبون بأبعادها المنفردة أو المجتمع.

ب - توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين تغطية الخدمات الصحية والقيمة المتحققة للزبون بأبعادها المنفردة أو المجتمع.

ت - توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين التغطية المالية/ والقيمة المتحققة للزبون بأبعادها المنفردة أو المجتمع.

**الفرضية الرئيسية الثانية:** توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين التغطية الصحية الشاملة والنوايا السلوكية للزبون. وينبثق من هذه الفرضية الفرضيات الفرعية الآتية:-

أ- توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين التغطية السكانية، والنوايا السلوكية للزبون بأبعادها المنفردة أو المجتمع.

ب - توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين تغطية الخدمات الصحية، والنوايا السلوكية للزبون بأبعادها المنفردة أو المجتمع.

ت - توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين التغطية المالية، والنوايا السلوكية للزبون بأبعادها المنفردة أو المجتمع.

**الفرضية الرئيسية الثالثة :** توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين القيمة المتحققة للزبون والنوايا السلوكية للزبون. وينبثق من هذه الفرضية الفرضيات الفرعية الآتية:-

أ- توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين القيمة الوظيفية، والنوايا السلوكية للزبون بأبعادها منفردة أو مجتمع.

ب - توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين القيمة العاطفية، والنوايا السلوكية للزبون بأبعادها المنفردة أو المجتمع.

ت - توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين القيمة المالية، والنوايا السلوكية للزبون بأبعادها منفردة أو مجتمع.

ث - توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين القيمة الاجتماعية والنوايا السلوكية للزبون بأبعادها المنفردة أو المجتمع.

## 2- ( فرضيات التأثير )

**الفرضية الرئيسية الأولى:** توجد علاقة تأثير ذات دلالة إحصائية بين التغطية الصحية الشاملة والقيمة المتحققة للزبون. وينبثق من هذه الفرضية الفرضيات الفرعية الآتية :-

أ- توجد علاقة تأثير ذات دلالة إحصائية بين التغطية السكانية، والقيمة المتحققة للزبون بأبعادها المنفردة أو المجتمع.

ب - توجد علاقة تأثير ذات دلالة إحصائية بين تغطية الخدمات الصحية، والقيمة المتحققة للزبون بأبعادها المنفردة أو المجتمع.

ت - توجد علاقة تأثير ذات دلالة إحصائية بين التغطية المالية، والقيمة المتحققة للزبون بأبعادها المنفردة أو المجتمع.

**الفرضية الرئيسية الثانية :** توجد علاقة تأثير ذات دلالة إحصائية بين التغطية الصحية الشاملة والنوايا السلوكية للزبون . وينبثق من هذه الفرضية الفرضيات الفرعية الآتية:-

أ - توجد علاقة تأثير ذات دلالة إحصائية بين التغطية السكانية، والنوايا السلوكية للزبون بأبعادها المنفردة أو المجتمع.

ب - توجد علاقة تأثير ذات دلالة إحصائية بين تغطية الخدمات الصحية ، والنوايا السلوكية للزبون بأبعادها المنفردة أو المجتمع.

ت- توجد علاقة تأثير ذات دلالة إحصائية بين التغطية المالية، والنوايا السلوكية للزبون بأبعادها المنفردة أو المجتمع.

**الفرضية الرئيسية الثالثة :** توجد علاقة تأثير ذات دلالة إحصائية بين القيمة المتحققة للزبون والنوايا السلوكية للزبون . وينبثق من هذه الفرضية الفرضيات الفرعية الآتية :-

أ - توجد علاقة تأثير ذات دلالة إحصائية بين القيمة الوظيفية، والنوايا السلوكية للزبون بأبعادها المنفردة أو المجتمع.

ب - توجد علاقة تأثير ذات دلالة إحصائية بين القيمة العاطفية، والنوايا السلوكية للزبون بأبعادها المنفردة أو المجتمع.

ت - توجد علاقة تأثير ذات دلالة إحصائية بين القيمة المالية، والنوايا السلوكية للزبون بأبعادها المنفردة أو المجتمع.

ث - توجد علاقة تأثير ذات دلالة إحصائية بين القيمة الاجتماعية، والنوايا السلوكية للزبون بأبعادها المنفردة أو المجتمع.

**الفرضية الرئيسية الرابعة :** يزداد تأثير التغطية الصحية الشاملة في النوايا السلوكية للزبون مع وجود قيمة متحققة للزبون .

**ثامناً: حدود الدراسة**

تقتصر الدراسة على الحدود الآتية:

**1- الحدود الزمانية للدراسة:**

تحددت الدراسة الحالية زمنياً بالفترة من 2020/7/1 - 2021/4/1

**2- الحدود المكانية للدراسة:**

أقتصر إجراء الدراسة على مراكز الرعاية الصحية الرئيسية والتي توجد فيها خدمات التلقيحات المختلفة في مركز مدينة الديوانية وهذه المراكز موضحة في الملحق (3) .

**3- الحدود الموضوعية للدراسة:**

تركز الدراسة على الجوانب المرتبطة بتحقيق التغطية الصحية الشاملة للإفراد في المجتمع بشكل عام وتعزيز نواياهم السلوكية من خلال القيمة التي تحققها جودة الخدمات في المراكز الصحية

**تاسعاً: الوسائل الإحصائية والبرامج الحاسوبية المستخدمة**

من اجل تحقيق أهداف الدراسة واختبار الفرضيات ، استخدمت الباحثة عدداً من الوسائل الإحصائية عبر الاستعانة ببرامج (SPSS v.26) و (AMOS v.25) وكالاتي :

1- التحليل العاملي الاستكشافي: لأستكشاف واختبار دقة وطبيعة بناء مقاييس الدراسة لمتغير التغطية الصحية الشاملة والنوايا السلوكية.

2- التحليل العاملي التوكيدي : لتوكيد الصدق البنائي للمقاييس .

3- معادلة ألفا-كرونباخ **Crookback-Alpha** : للتأكد من ثبات أداة القياس التي تستعمل لجمع البيانات ، أي لتحديد ثبات الاستبانة.

ب - الأدوات الإحصائية الوصفية والتحليلية ، وتتمثل بالاتي :

1- التكرارات والنسب المئوية: لتمثيل الخصائص الشخصية والوظيفية لأفراد عينة الدراسة ، أي لعرض وتحليل الإجابات و تحديد اتجاهها.

2 - الوسط الحسابي : لتحديد متوسط استجابات أفراد العينة لفقرات الإستمارة وفقاً لمحاورها.

3 - الانحراف المعياري : لمعرفة درجة تشتت القيم عن وسطها الحسابي .

4 - الأهمية النسبية : لتحديد شدة الإجابات ومستوى أهميتها النسبية ميدانياً.

5- معامل ارتباط بيرسون Pearson، لتوضيح علاقات الارتباط البينية بين المتغيرات الفرعية من جهة و علاقات الارتباط بين المتغير المستقل والمتغير التابع من جهة ثانية.

6- نمذجة المعادلة الهيكلية: لقياس فرضيات التأثير بين المتغيرات الداخلة.

## عاشرا : مجتمع الدراسة وعينتها

يتألف المجتمع المستهدف للدراسة من جميع الأفراد الذين يتلقون الخدمات والرعاية الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية ، ونظرا لكبر مجتمع الدراسة ، فقد قامت الباحثة بأختيار عينة ميسرة من الزبائن الذين يراجعون مراكز الرعاية الصحية الأولية، وتمَّ اختيارهم في مركز مدينة الديوانية وذلك لسهولة الوصول من جهة وإمكانية تعاونهم مع الباحثة من جهة أخرى ، إذ شملت عينة الدراسة جميع الأفراد المراجعين ، إذ بلغ عدد استمارات الاستبيان الموزعة على عينة الدراسة (500) استمارة ووزعت الاستمارة في (18) مركز صحي ، وبواقع (28) استمارة لكل مركز ، اعتمد منها (491) استمارة فقط لصلاحيتها للتحليل و ترك الباقي أما لعدم إرجاعها أو لوجود نقص فيها أي أن نسبة الاسترجاع بلغت 98 % ، وتبين الجداول الآتية المتغيرات الديموغرافية لعينة الدراسة وهي (النوع الاجتماعي ، و الفئة العمرية ، عدد مرات التعامل مع المركز الصحي) وكما يأتي :

## 1) توزيع أفراد العينة حسب النوع الاجتماعي

تشير نتائج الجدول (2) تشير النتائج إلى أن فئة الإناث هي الفئة السائدة بتكرار قدره (383) وبنسبة مئوية بلغت (78%)، بينما جاءت فئة الذكور بالمرتبة الثانية بمستوى تكراري بلغ (108) وبنسبة مئوية قدرها (22%)، مما يدل على أن فئة الإناث أكثر إصابة من الذكور وهذا الأمر يعود إلى المهام اليومية التي تقوم بها الإناث نتيجة الأعمال الشاقة في المنزل، ومكان العمل.

## الجدول (2) توزيع أفراد العينة حسب النوع الاجتماعي

النسبة المئوية	التكرار	النوع الاجتماعي
22%	108	ذكر
78%	383	أنثى
100%	491	المجموع

## 2) توزيع أفراد العينة حسب الفئة العمرية

إن الفئة العمرية التي حصلت على الغالبية العظمى من النقاط تمثلت في فئة (من 31- أقل من 40 سنة) بتكرار بلغ (157) وبنسبة مئوية قدرها (32%) بينما جاءت فئة (21 سنة – أقل من 30 سنة) في المستوى الأدنى بتكرار قدره (46) وبنسبة مئوية بلغت (9%)، مما يدل على أن الفئة العمرية للعينة المدروسة تمثلت في مجموعة من المرضى الشباب وهذا الأمر يعود إلى الظروف البيئية التي تعاني منها البلاد بشكل خاص والعالم بشكل عام

## الجدول (3)

توزيع أفراد العينة حسب الفئة العمرية

النسبة المئوية	التكرار	الفئة العمرية
16%	78	أقل من 20 سنة
9%	46	30-20
32%	157	40-31
19%	93	50-41
12%	61	60-51
11%	56	61 سنة فأكثر
100%	491	المجموع

(3) توزيع أفراد العينة حسب عدد مرات التعامل مع المركز الصحي

تبين نتائج الجدول (4) أن الفئة التي حصلت على أعلى توزيع تكرر هي فئة التعامل مرتين بتكرار بلغ (247) وبنسبة مئوية قدرها (50%)، بينما جاءت فئة أكثر من مرتين في المرتبة الأخيرة بتكرار مقداره (127) وبنسبة مئوية بلغت (26%)، مما يدل على اكتساب المرضى المراجعين أفاق ايجابية باتجاه الخدمات الجيدة التي تقدمها هذه المستشفيات.

## جدول (4)

توزيع أفراد العينة حسب عدد مرات التعامل مع المركز الصحي

النسبة المئوية	التكرار	عدد مرات التعامل في الأسبوع
24%	117	مرة واحدة
50%	247	مرتين
26%	127	أكثر من مرة
100%	491	المجموع



## المبحث الثاني

### دراسات السابقة

توطئة:

أن التطور المنهجي لأية دراسة لا بد له من الاستناد إلى دراسات سابقة داعمة خاصة وأن الدراسات السابقة تشكل أحياناً الأساس لانطلاق الجهود البحثية اللاحقة بما تقوم عليه من أفكار نظرية وميدانية تسهم في توضيح التأصيل المفاهيمي للدراسات بما تحتويه من طروحات فكرية وأساليب تجريبية تبين ما توصلت إليه المعرفة العلمية من دراسات مضت ، وبذلك تأتي هذه الدراسة لتعبد جسور التواصل الفكري وتزرع جذورا رصينة لعلاقة تفاعلية بين متغيرات الدراسة استكمالاً للجهود البحثية السابقة وتكون جهداً معرفياً سابقاً لدراسات مستقبلية وإشراقات علمية واعدة ذات صلة بمتغيرات الدراسة الرئيسية ، وقد تم اختيار بعض الدراسات المحلية والعربية والأجنبية والتي تم ترتيبها بحسب التسلسل الزمني.

### أولاً : دراسات سابقة ذات صلة بالتغطية الصحية الشاملة

يعرض الجدول ( 5 ) ما تيسر الحصول عليه من الدراسات السابقة المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة وكالاتي:-

الجدول (5) بعض الدراسات السابقة ذات الصلة بالتغطية الصحية الشاملة

أ - دراسات في البيئة العربية	
متطلبات تحقيق الرعاية الصحية الشاملة في المملكة العربية السعودية	1- دراسة (البرعي 2012,
دراسة مقارنة	نوع الدراسة
استكشاف طرق زيادة كفاءة استخدام الموارد المتاحة ( البشرية والمالية والفنية ) في خدمات الرعاية الصحية في المملكة، وبيان وسائل استبعاد المخاطر المالية للمرضي والتي قد تحول دون حصولهم علي الخدمات الصحية عندما يحتاجونها، وكيفية تطوير مصادر تمويل نظام الرعاية الصحية في المملكة من خلال نظم التأمث الصحي التعاوني لتحقيق هدف الرعاية الصحية الشاملة.	الهدف
تقييم أداء مؤشرات كفاءة نظام الرعاية الصحية في تحقيق التغطية الشاملة في المملكة من خلال مقارنة دولية معينة لدول نامية، ودول	المقياس

متقدمة.	
مؤشرات مدخلات الرعاية الصحية في القطاع الصحي مقارنة ببعض الدول ( كندا ، قطر ، اليابان ، الكويت ، الولايات المتحدة ) . اعتمدت على بيانات من الجهات الرسمية مثل وزارة الصحة .	الحجم والعينة
أسلوب تحليل المحتوى	أساليب التحليل
أن تحقيق التغطية الشاملة في المملكة يتطلب مستوى عالي من الخدمات الصحية ، وقدرًا كافيًا من الموارد البشرية والبنية الأساسية.	أهم الاستنتاجات
تقييم أداء مقدمي الخدمة في تنفيذ خدمات صحة الطفل في مراكز الرعاية الصحية الأولية في مدينة الرمادي <b>Assessment of Providers' Performance in Implementing Child Health Services in Primary Health Care Centers in Al-Ramadi City</b>	2- دراسة ( Altaha 2015)
دراسة تطبيقية	نوع الدراسة
هدفت الدراسة إلى تقييم أداء مقدمي الرعاية الصحية الأولية في تنفيذ برامج رعاية صحية للأطفال	هدف الدراسة
برنامج عدوى الجهاز التنفسي الحاد ARI ، برنامج التطعيم الموسع EPI ، برنامج مراقبة النمو	مقياس الدراسة
عشرة مراكز للرعاية الصحية الأولية في مدينة الرمادي ، و7 مراكز رئيسية و3 مراكز فرعية تم اختيارها عشوائيًا وتشكل 25% من جميع مراكز الرعاية الصحية في المنطقة، تم تقييم أداء مقدمي الخدمات لـ 638 طفلًا دون سن الخامسة.	الحجم والعينة
التحليل الإحصائي	أساليب التحليل
1- كان أداء المقدمين للخدمة مرضيًا جدًا في تقنية إعطاء اللقاح في كل من المراكز الرئيسية والفرعية ، ومن ناحية أخرى كان أداءهم في التثقيف الصحي حول التطعيم ضعيفًا بالنسبة لـ 30% من الأطفال الملقحين في المراكز الصحية. 2- أظهرت أن أداء مقدمي الرعاية في مراقبة الوزن والنمو كان مرضيًا لما يقارب نصف الأطفال الذين يحضرون في المراكز	أهم الاستنتاجات

الفرعية.	
<b>ب - دراسات في البيئة الأجنبية</b>	
برنامج ساسكاتشوان للسرطان: إختبار تاريخي للحكومة في تقديم الرعاية الصحية <b>The Saskatchewan Cancer Program: A Historical Examination of Government in Providing Health Care</b>	<b>1-دراسة ( Mossey , 2011)</b>
دراسة تطبيقية	نوع الدراسة
إذ تتناول الدراسة العوامل المسببة لتوسيع الحكومة في مجال رعاية مرضى السرطان قبل أكثر من ثلاثين عامًا من اعتماد الرعاية الصحية الشاملة الممولة من القطاع العام. وتسليط الضوء على الفوائد الهائلة المتحققة وإن كانت مختلفة، على المستويين الإقليمي والفيدرالي للحكومة	هدف الدراسة
من خلال ثلاث خطوات متكاملة. الأول نشأ من المقاطعة التي تغطي جميع التكاليف المرتبطة بعلاج السرطان. ثانيًا ، شجعت حملة توعية جماهيرية قوية حول مشكلة السرطان المرضى على طلب الخبرة الطبية في أقرب علامة على السرطان. أخيرًا ، حافظت ساسكاتشوان على تفانيها في تقديم أكثر العلاجات العلمية والتكنولوجية تقدمًا لمواطنيها ، بناءً على مجموعة من الاتجاهات الدولية والابتكارات المحلية.	المقياس
محافظة ساسكاتشوان ، استمارة استقصاء على عينة 400 فردا مريض واستمارة الاستقصاء والأسلوب الإحصائي	الحجم والعينة أسلوب التحليل
أن مرضى السرطان يمكنهم الوصول إلى علاجات متخصصة وتكنولوجية بشكل متزايد ولقد كانت وسيلة يمكن من خلالها للدولة تشكيل هوية كمجتمع تقدمي مكرس للصحة ورفاهية مواطنيها	أهم الاستنتاجات
الصحة العالمية بعد عام 2015: قضية العدالة الصحية الشاملة <b>Global health post-2015: the case for universal health equity</b>	<b>2- دراسة ( Lucia , 2013)</b>

دراسة تطبيقية	نوع الدراسة
الفحص من منظور صحي تحليلي وتحديد العدالة الصحية الشاملة كأولوية تشغيلية وتحليلية لتشجيع الانتباه إلى الأسباب الجذرية للأمراض والأمراض غير الضرورية وغير العادلة من منظور أولئك الذين تتعلق بهم القضايا بشكل مباشر.	هدف الدراسة
مركزية العدالة : من منظور تحليلي (منظور حقوق الملكية) من حيث المفاهيم والتحليل ، ومن حيث البرمجة والعمليات. الإنصاف في التحليل: للتغلب على قيود مقاييس العدالة الصحية، من منظور الصحة العامة ، كيف يتجلى ذلك في الأمراض وكيفية تجنبها.	المقياس
189 دولة عضو في الأمم المتحدة في عام 2000 ، وتم استكماله لاحقاً بأهداف ومؤشرات لرصد التقدم	المجتمع والعينة
التحليل الإحصائي ، أسلوب الانحدار	أساليب التحليل
على الرغم من الإنجازات الهامة للأهداف الإنمائية للألفية ، لا يزال 1.4 مليار شخص يعانون من الفقر المدقع ، وأكثر من 900 مليون يعانون من الجوع المزمن ، ومن غير المرجح تحقيق أهداف إتمام التعليم الابتدائي الشامل والوفيات ، والتقدم الذي تم تحقيقه . كما أن إعطاء الأولوية للعدالة الصحية الشاملة بعد عام 2015 قد يوفر فوائد مشتركة مفيدة وموضوعية تتوافق مع الشروط الأصلية لإعلان الألفية ، والتي تستجيب للقيود التي لوحظت في ممارسات الرصد والتقييم الحالية ، والتي تمكن من الانتباه إلى الأسباب الجذرية للأسباب المستعصية على الحل. مشاكل صحية.	أهم الاستنتاجات
تحسين تغطية الرعاية الصحية والعدالة والحماية المالية من خلال نظام هجين <b>Improving Health Care Coverage, Equity, And Financial Protection Through A Hybrid System: Malaysia's Experience</b>	3 - دراسة (Rannan, et al., 2016 )

دراسة تطبيقية	نوع الدراسة
مزج الخدمات العامة (الممولة من الإيرادات العامة) والخدمات الخاصة الموازية (يتم تمويلها في الغالب من خلال الإنفاق الشخصي). ،	هدف الدراسة
إجمالي الإنفاق الصحي الإنفاق الحكومي على الصحة الإنفاق من الجيب الولادات تحت إشراف موظفين صحيين مهرة معدل تطعيم الرضع ضد الحصبة استشارات العيادات الخارجية السنوية مع الأطباء لكل فرد عدد مرات الخروج من المستشفى سنويًا لكل 1000 من السكان معدل وفيات الرضع (الوفيات لكل 1000 ولادة حية) العمر المتوقع عند الولادة (سنوات)	مقياس الدراسة
الدول الأعضاء في منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، التباين في حدوث الإنفاق الكارثي في ماليزيا والبلدان الأخرى مرتبة حسب مستويات دخل البنك الدولي	المجتمع والعينة
التحليل الإحصائي والتباين	أساليب التحليل
1- أن الحصة المرتفعة من التمويل الشخصي من إجمالي التمويل ليست شيئاً ثابتاً للحماية المالية ؛ وهناك حاجة إلى مزيد من الاهتمام بالمستوى المطلق للإنفاق الشخصي. كما يمثل النظام الصحي الهجين في ماليزيا تحديات سياسية مستمرة لم يتم حلها ، ولكن تجربة البلد تقدم دروساً للاقتصاديات الناشئة الأخرى التي ترغب في توسيع نطاق الوصول إلى الرعاية الصحية على الرغم من الموارد المالية المحدودة. 2- أنه لا يمكن لجميع الحكومات ترجمة التمويل العام المحدود إلى خدمات عامة فعالة يمكن للفقراء الوصول إليها بشكل كامل. هناك حاجة إلى مزيد من المعرفة حول كيفية تحقيق ماليزيا والدول الأخرى لهذا الهدف، حتى لو كانت بعض الدروس فقط قابلة للنقل إلى بلدان أخرى.	أهم الاستنتاجات
التغطية الصحية الشاملة في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الفرنكوفونية: تقييم ثقة خبراء الصحة العالمية في خيارات السياسة	4 - دراسة (Elisabeth ,

<p><b>Universal Health Coverage in Francophone Sub-Saharan Africa: Assessment of Global Health Experts' Confidence in Policy Options</b></p>	<p><b>2018)</b></p>
<p>دراسة تطبيقية</p>	<p>نوع الدراسة</p>
<p>محاولة استكشافية أجريت لقياس الثقة والإجماع بين لجنة من خبراء الصحة العالمية من حيث فعالية وجدوى عدد من خيارات السياسة المقترحة بشكل شائع لتحقيق التغطية الصحية الشاملة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، مثل إعفاءات الرسوم لمجموعات معينة من الناس، وميزانيات الصحة المحلية المحصورة، والشراكات بين القطاعين العام والخاص. لضمان تجانس نسبي للسياقات</p>	<p><b>الهدف</b></p>
<p>من خلال قياس درجة الإجماع على كل خيار سياسة وصولاً إلى 100 (التي تشير إلى الإجماع) ناقص حجم النطاق بين الشرائح الرباعية للدرجات الفردية</p>	<p><b>المقياس</b></p>
<p>ركزت الدراسة على الناطقين بالفرنسية في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى ، 17 خبيراً لكن مع خبرة لا تقل عن 20 عاماً</p>	<p><b>المجتمع والعينة</b></p>
<p>التحليل الإحصائي، أسلوب الانحدار</p>	<p><b>أسلوب التحليل</b></p>
<p>أن الافتقار إلى الثقة والإجماع داخل اللجنة يعكس عدم وجود دليل ثابت على خيارات السياسة المقترحة. يشير هذا إلى ضرورة صياغة آراء الخبراء ضمن "عمليات تداولية مدعومة بالأدلة" وشاملة معززة حيث يتم إجراء المفاضلات على طول الأبعاد الثلاثة للتغطية الصحية الشاملة - توسيع نطاق السكان المشمولين بالمخاطر الصحية ، وتوسيع نطاق الخدمات والفوائد المشمولة ، و الحد من النفقات من الجيب - يمكن مناقشتها في إطار شفاف وسياق.</p>	<p><b>أهم الاستنتاجات</b></p>
<p>وظائف الحوكمة لتسريع التقدم نحو التغطية الصحية الشاملة (UHC) في منطقة آسيا والمحيط الهادئ <b>Governance Functions to Accelerate Progress toward Universal Health Coverage (UHC) in the Asia-Pacific Region</b></p>	<p>دراسة (Kiong,et al, 2019)</p>

دراسة تطبيقية	نوع الدراسة
استعراض وظائف الحوكمة المنتشرة في منطقة آسيا والمحيط الهادئ ، ودراسة تأثيرها على المساهمة في أهداف النظام الصحي	هدف الدراسة
(1) صياغة السياسات والخطط الإستراتيجية ؛ (2) توليد المعلومات الاستخبارية. (3) وضع أدوات لتنفيذ السياسة ؛ (4) التعاون وبناء التحالفات. و (5) ضمان المساءلة	المقياس
نتج عن البحث 3987 مقالة. بعد إزالة الازدواجية ، كان 2,605 مؤهلاً للفحص ، وبعد ذلك تم تضمين 468 لمراجعة النص الكامل. ثم تم توزيع المقالات بين أعضاء الفريق ، الذين قاموا في نفس الوقت بتلخيص المعلومات حول جميع وظائف الحوكمة	المجتمع والعينة
تم إجراء عمليات بحث إضافية في PubMed و Google Scholar باستخدام مصطلحات البحث	أساليب التحليل
تبين أن العلاقة بين الحوكمة والتغطية الصحية الشاملة في منطقة آسيا والمحيط الهادئ معقدة ويتم التفاوض حولها وتتشكل من خلال عدد من العوامل في كل من البيئة الداخلية والخارجية ، بما في ذلك ترتيبات الحوكمة الأوسع في القطاع العام (التغييرات المؤسسية واللامركزية على وجه الخصوص العوامل البارزة) وقدرة الحكومات على تنفيذ السياسات وتوجيه النظام الصحي.	أهم الاستنتاجات
<b>فحص الإطار القانوني والسياسي والمؤسسي للتغطية الصحية الشاملة في كينيا</b> <b>AN EXAMINATION OF THE LEGAL, POLICY AND INSTITUTIONAL FRAMEWORK FOR UNIVERSAL HEALTH COVERAGE IN KENYA</b>	(دراسة, TIMOTHY 2020)
دراسة تطبيقية	نوع الدراسة
تسعى الدراسة إلى إيجاد إطار سياسي ومؤسسي يساهم في تحقيق حلم التغطية الصحية الشاملة في كينيا.	الهدف
البحث العقائدي لتحديد وفحص ما إذا كانت القوانين والسياسات	المقياس

والمؤسسات الهامة للتغطية الصحية الشاملة يمكن أن تدعم تحقيقها في كينيا	
جدول أعمال "الأربعة الكبار" يحدد الصندوق الوطني لتأمين المستشفيات (NHIF) كمؤسسة لتقديم تغطية صحية شاملة بحلول عام 2022 ، فإن هذا التفويض الجديد غير منصوص عليه في قانون صندوق تأمين المستشفيات الوطني (1998). علاوة على ذلك ، في حين أن الدستور يفوض الوظيفة الصحية إلى حكومات المقاطعات المكلفة بتقديم الجزء الأكبر من الخدمات الصحية ، فإن جدول الأعمال "الأربعة الكبار" لا يوضح بوضوح مكان التغطية الصحية الشاملة في هذا الوضع المفوض.	المجتمع والعينة
التحليل الإحصائي ، أسلوب الانحدار	أساليب التحليل
أن الإطار السياسي والقانوني والمؤسسي الحالي غير كافٍ لدعم تحقيق التغطية الصحية الشاملة. ولم تحدد السياسات بشكل شامل تصميم التغطية الصحية الشاملة ، مع التركيز على تحديد المشاريع الجزئية. تحدد السياسات أيضاً NHIF كأداة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.	أهم الاستنتاجات

ثانياً: دراسات سابقة ذات صلة بالقيمة المتحققة للزبون يعرض الجدول (6) ما تيسر الحصول عليه من الدراسات السابقة الخاصة بالقيمة المتحققة للزبون وكالاتي :-

الجدول (6) : بعض الدراسات السابقة ذات الصلة بالقيمة المتحققة للزبون

أ - دراسات في البيئة العربية	
توصيف اتجاهات الزبائن نحو محددات القيمة المتحققة للزبون وعلاقتها بالولاء لعلامة المنتج : دراسة تطبيقية على زبائن خدمة التليفون المحمول في مصر	1- دراسة (إدريس، 2012)
دراسة تطبيقية	نوع الدراسة
توصيف وتحليل العلاقة بين محدد القيمة المدركة لتحسين محدد القيمة المدركة للزبون بالشركات خدمة الهاتف المحمول في مصر	الهدف
جودة الخدمة المدركة، والسعر المدرك، والمخاطرة المدركة، وبين الولاء لعلامة المنتج	المقياس



عينة طبقية (فودافون، وموبايل، واتصالات) تتكون من 713 مفردة	المجتمع والعينة
قائمة استقصاء تحلل إحصائيا على برنامج SPSS تحليلي وصفي، وأسلوب استقرائي	أساليب التحليل
وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين محدد القيمة المتحققة للزبون ( جود الخدمة المدركة ، والسعر المدرك، والمخاطرة المدركة، وجودة العلاقة ) وبين الولاء للعلامة، مأخوذة بشكل إجمالي ولكل محدد على حدة، الأمر الذي يؤكد ضرورة اهتمام شركات خدمة الهاتف المحمول بمحددات ومتغير القيمة المتحققة للزبون لزيادة ولاء الزبائن الخاصة بكلمة منها .	أهم الاستنتاجات
توسيط القيمة المدركة للزبون في العلاقة بين أساليب تنشيط المبيعات وسلوك الشراء الفوري	2- دراسة (عبد الحميد وآخرون، 2016)
دراسة تطبيقية	نوع الدراسة
تحديد مدى تأثير أساليب تنشيط المبيعات السعرية وغير السعرية على سلوك الشراء الفوري مع توسيط القيمة المتحققة للزبون بالتطبيق على زبائن الملابس الجاهزة	الهدف
من خلال أسئلة قائمة استقصاء	المقياس
زبائن الملابس الجاهزة في ليبيا بلغ حجم العينة 320 مفرد والصحيح 263 مفردة	المجتمع والعينة
برنامج التحليل الإحصائي AMOS	أساليب التحليل
وجود علاقة ايجابية بين أساليب تنشيط المبيعات السعرية وغير السعرية والقيمة للزبون وسلوك الشراء الفوري	أهم الاستنتاجات
دور إدارة معرفة الزبائن في تعظيم القيمة المتحققة للزبون: دراسة ميدانية على الشركات المقدمة لخدمات الهاتف المحمول في مصر	3 - دراسة غريب 2020
دراسة تطبيقية	نوع الدراسة
التعرف على دورة إدارة معرفة الزبائن في تعظيم القيمة المتحققة للزبون وذلك بالتطبيق على زبائن الشركات المحمول في مصر ( فودافون- اورنج -اتصالات)	الهدف

المقياس	المنفعة المدركة من المنتج، القيمة الاجتماعية، القيمة المالية
المجتمع والعينة	( فودافون-اورنج -اتصالات) في ثلاث محافظات (القاهرة، الشرقية، الاسماعلية) واختيار 384 قائمة، الصحيحة 306
أساليب التحليل	المنهج الوصفي التحليلي واستخدام قائمة الاستقصاء باستخدام spss
أهم الاستنتاجات	1. وجود علاقة بين إدارة معرفة الزبائن وتعظيم القيمة المتحققة للزبون في شركات المحمول محل الدراسة 2. يوجد اثر ايجابي لإدارة معرفة الزبائن على تعظيم القيمة المتحققة للزبون في تلك الشركات
<b>ب - دراسات في البيئة الأجنبية</b>	
	إطار عمل متكامل لقيمة الزبائن وأداء إدارة علاقات الزبائن : منظور قائم على الزبون من الصين <b>An integrated framework for customer value and customer-relationship management performance: a customer-based perspective from China</b>
نوع الدراسة	دراسة تطبيقية
الهدف	1- تطور هذه الدراسة إطار عمل تكامليا لقيمة الزبون وأداء إدارة علاقات الزبائن بناء على تحديد الإبعاد الرئيسية لقيمة الزبون 2- التأكيد على وجهة النظر القائمة على حقوق الزبائن.
مقياس	القيمة الوظيفية ، القيمة المالية ، القيمة العاطفية ، القيمة الاجتماعية
الحجم والعينة	شركات الأوراق المالية في سنتشن والأخرى في بكين ، 400 زبون
أساليب التحليل	نمذجة المعادلة الهيكلية
أهم الاستنتاجات	أن رضا الزبائن والعلامة التجارية والولاء والقيمة لهما أثار ايجابية على أداء إدارة علاقات الزبائن القائم على سلوك الزبائن .
	دور قيمة الزبون في الرضا والولاء (دراسة عن زبائن هايبر مارت) <b>The Role of Customer Value on Satisfaction and Loyalty (Study on Hypermart's Customers)</b>
نوع الدراسة	دراسة تطبيقية

اختبار العلاقة بين قيمة الزبون وبرنامج الولاء ورضا الزبائن. أجريت هذه الدراسة في Hypermart في جنوب كاليفورنيا	الهدف
القيمة الوظيفية ، والقيمة العاطفية ، والقيمة الاجتماعية ، وقيمة خدمة الزبائن ، وعدالة السعر	المقياس
150 مشاركاً من زبائن Hypermart تم اختيار المستفتى باستخدام أخذ العينات العرضي	المجتمع والعينة
استخدم تحليل البيانات المربعات الصغرى الجزئية.(PLS)	أساليب التحليل
هناك دوراً إيجابياً وهاماً لقيمة الزبون في إرضاء الزبائن. النتيجة الرائعة لهذا البحث هي أن دور قيمة الزبون في ولاء الزبائن ليس مهماً، وهذا يعني أن قيمة الزبون لا يمكن أن تجعل الزبائن يقومون بأنشطة مفيدة لشركة Hypermart بشكل مباشر: الالتزام العالي ، وإعادة الشراء ، والشراء المتبادل (زيادة مبلغ الشراء) .	أهم الاستنتاجات
العلاقة بين قيمة الزبون ورضا الزبون في البرامج التعليمية وجهًا لوجه في Universitas Terbuka <b>The Relationship between Customer Value and Customer Satisfaction in Face-to-face Tutorials at Universitas Terbuka</b>	6- دراسة (Herman,2014)
دراسة تطبيقية	نوع الدراسة
توضيح العلاقة بين قيمة الزبون ورضا الزبون في سياق البرامج التعليمية وجهًا لوجه في Universitas Terbuka ، إندونيسيا، وتسعى هذه الدراسة إلى تنفيذ الفكرة المستمدة من نظرية التسويق للمنتجات الملموسة - للخدمات التعليمية وجهًا لوجه.	الهدف
قيمة الزبون من أداء المعلمين ونتائج البرنامج التعليمي وتكاليف البرنامج التعليمي ؛ ورضا الزبائن مشتق من جودة الخدمة	المقياس
جامعة تروبيكا ، وتكونت العينة من 200 طالب	المجتمع والعينة
أسلوب التحليل الإحصائي برنامج spss	أساليب التحليل
1- هناك علاقة إيجابية كبيرة بين قيمة الزبون ورضاهم ، تشير هذه النتيجة إلى أنه يمكن أيضًا استخدام نظرية التسويق للمنتج الملموس	أهم الاستنتاجات

<p>في البرامج التعليمية وجهاً لوجه كمنتج غير ملموس.</p> <p>2- دعمت البيانات الفرضية القائلة بأن العلاقة بين قيمة الزبون ورضاهم في البرامج التعليمية المباشرة وجهاً لوجه في UT كانت مهمة بشكل إيجابي. وبناءً على هذه النتيجة ، يمكن أيضاً استخدام نظرية التسويق للمنتجات الملموسة، والتي تم استخدامها في هذه الدراسة ، للمنتجات غير الملموسة مثل البرامج التعليمية وجهاً لوجه.</p>	
<p>رضا الزبائن والقيمة المدركة وأثرها على ولاء الزبائن: الدور الوسيط لإدارة علاقات الزبائن.</p> <p><b>CUSTOMER SATISFACTION AND CUSTOMER PERCEIVED VALUE AND ITS IMPACT ON CUSTOMER LOYALTY: THE MEDIATIONAL ROLE OF CUSTOMER RELATIONSHIP MANAGEMENT</b></p>	<p>7- دراسة (JAVED, 2017)</p>
	<p>نوع الدراسة</p>
<p>دراسة تطبيقية</p> <p>دراسة تأثير رضا الزبائن والقيمة المدركة للزبائن على ولاء الزبائن. بالإضافة إلى ذلك ، ستساعد الدراسة في تحليل التأثير الوسيط لإدارة علاقات الزبائن (CRM).</p>	<p>الهدف</p>
<p>تعتمد قيمة الزبون على العديد من السمات الأخرى التي تتضمن الموارد المالية والمعرفة حول المنتج وموقع المنفذ أو مركز الخدمة</p>	<p>المقياس</p>
<p>أخذ العينات العشوائية، ، تم توزيع 285 استبانة تم إعادة 250 استبانة منها ، ولم يتمكن 35 استبانة من الاستخدام بسبب فقدان البيانات</p>	<p>المجتمع والعينة</p>
<p>البحث الكمي وبالتالي تم جمع البيانات من خلال البيانات الأولية وخمسة مقاييس ليكرت التصميم الوصفي والتصميم الإحصائي المقطعي و Spss</p> <p>24</p>	<p>أساليب التحليل</p>
<p>1- أن رضا الزبائن والقيمة المتحققة للزبون هما المحركان القويان لولاء الزبائن.</p> <p>2- وجود علاقة إيجابية قوية بين رضا الزبائن والقيمة المتحققة</p>	<p>أهم الاستنتاجات</p>

<p>للزبون والأداء التنظيمي. 3- رضا الزبائن والقيمة المتحققة للزبون من الدوافع الرئيسية للزبائن ليصبحوا أكثر ولاءً للمنتج والخدمات. ومن خلال الدور الوسيط لإدارة علاقات الزبائن، كانت هناك فرص أكبر لبناء ودعم عناصر الثقة والالتزام لدى الزبائن.</p>	
<p>مشاركة الزبائن ، وقيمتهم ، ورضاهم ، وثقتهم ، وولائهم: إجراء استراتيجي تفاعلي وتعاوني</p> <p><b>Customer participation, value, satisfaction, trust and loyalty: an interactive and collaborative strategic action</b></p>	<p>دراسة (Hossain, 2019)</p>
<p>دراسة تطبيقية</p>	<p>نوع الدراسة</p>
<p>استكشاف الخيار الاستراتيجي التفاعلي والعلاقات البيئية الذي يمكن للشركة أن تسحب فيه القدرة التنافسية من خلال تعاون مشاركة الزبائن ، وقيمة العملاء ، ورضا الزبائن ، وثقة الزبائن</p>	<p>الهدف</p>
<p>ثقة الزبائن وتقوية العلاقة</p>	<p>المقياس</p>
<p>استخدم 825 موظفًا عملوا في منصب إداري لأكثر من 12 عامًا كعينة</p>	<p>المجتمع والعينة</p>
<p>استخدام البرنامج الإحصائي spss ، استخدام ليكرت الخماسي في لاستبيان</p>	<p>أساليب التحليل</p>
<p>1- مشاركة الزبائن لها تأثير إيجابي على قيمة الزبون تم قبولها على نطاق واسع في الأدبيات.</p> <p>2- كان لقيمة الزبون أيضًا تأثير كبير على رضا الزبائن</p> <p>3- تؤثر قيمة الزبون أيضًا بشكل كبير على ثقة الزبون</p> <p>4- تساعد ثقة الزبائن ورضاهم على تقوية علاقة الزبائن</p> <p>5- العلاقة مع الزبائن تساعد على تأسيس ولاء الزبون. تتبنى الشركات إستراتيجية متنوعة لضمان ولاء الزبائن ويؤدي ذلك في النهاية إلى تعزيز حصتها في السوق ويمكن للشركة تسريع موقعها في السوق.</p>	<p>أهم الاستنتاجات</p>

ثالثاً : دراسات سابقة ذات صلة بالنوايا السلوكية للزبون  
يعرض الجدول (7) ما تيسر الحصول عليه من الدراسات السابقة الخاصة بالنوايا السلوكية للزبون وكالاتي :-

الجدول (7) بعض الدراسات السابقة ذات الصلة بالنوايا السلوكية للزبون

أ - دراسات في البيئة العربية	
تصور المرضى لجودة الرعاية الصحية والرضا والنوايا السلوكية: دراسة تجريبية في البحرين <b>Patients' Perception of Health Care Quality, Satisfaction and Behavioral Intention: An Empirical Study in Bahrain</b>	1-دراسة (Wathek et al., 2012)
دراسة تطبيقية	نوع الدراسة
تقييم مستوى جودة الخدمة لمقدمي الرعاية الصحية في البحرين بهدف كشف ؛ العلاقة بين أبعاد جودة الخدمة ورضا المرضى بشكل عام وتحليل النية السلوكية للمرضى.	الهدف
استمارة استقصاء لقياس المتغيرات	المقياس
المستشفيات والمراكز الطبية ، أما العينة فتكونت من 235 مريض	المجتمع والعينة
الأساليب الإحصائية الوصفية وتحليل العوامل والانحدار والارتباط لدراسة العلاقة	أساليب التحليل
1- أن مقياس SERVPERF كان أكثر كفاءة من مقياس جودة الخدمة في توضيح التباين في جودة الخدمة. وقد تم توفير حل العامل الثنائي من خلال مقياس SERVPERF ، حيث كانت الموثوقية والاستجابة والضمان وأغلبية أبعاد التعاطف مرتبطة بشكل كبير وتحميلها على العامل الأول ، بينما غطى العامل الثاني بعد الملموسية فقط. كان للاستجابة والتعاطف والأبعاد الملموسة التأثير الأكبر على جودة الخدمة الشاملة. تم اكتشاف علاقات إيجابية وهامة بين جودة الخدمة الشاملة (TSQ) ، ورضا المرضى (SAT) ، ونية سلوكهم (BI).	أهم الاستنتاجات
2- إن مديري المستشفيات في وضع يمكنهم من التعرف على	

تصورات المرضى لجودة الرعاية الصحية ومستوى رضاهم. وبالتالي ، يمكن للمديرين تصميم استراتيجيات التسويق التي تعمل على تحسين جودة الخدمات لزيادة رضا المرضى والميل إلى التوصية بخدمات مقدمي الرعاية الصحية .	
<b>العوامل المؤثرة في النوايا السلوكية لمستخدمي الفيس بوك في مصر: دراسة ميدانية باستخدام نموذج القبول التقني</b>	<b>2- دراسة (البدرى ، 2014)</b>
دراسة ميدانية	نوع الدراسة
التعرف على أهم العوامل المؤثرة في النوايا السلوكية لمستخدمي الفيس بوك والتعرف على العوامل الخارجية والداخلية ، الكشف عن طبيعة العلاقة بين المتغيرات الوسيطة في نموذج القبول التقني والمتغير التابع النوايا السلوكية	الهدف
كفاءة الاستخدام، المعايير الاجتماعية، الرغبة في التطفل، المنفعة المتوقعة، سهولة الاستخدام والاتجاه.	المقياس
مجتمع العينة بعض الجامعات المصرية، عينة البحث 440 فردا	المجتمع والعينة
توزيع قائمة استقصاء للتحليل الإحصائي واستخدام الأسلوب الاستقرائي	أساليب التحليل
أن اختلاف أنماط المستقصى منهم يؤثر على تقديراتهم للمتغيرات الخارجية، أن الفروق تتوقف أيضا على الدخل اليومي للمستقصى منهم والاستخدام الأكثر للبحث عن المعلومات .	أهم الاستنتاجات
<b>أبعاد جودة الخدمة المدركة وعلاقتها بالنوايا السلوكية للزبون: دراسة ميدانية بالتطبيق على قطاع الاتصالات بمحافظة أسيوط</b>	<b>3- دراسة(علي، 2015)</b>
دراسة تطبيقية	نوع الدراسة
1- بحث طبيعة العلاقة بين جودة الخدمة المدركة كمتغير رباعي الأبعاد والنوايا السلوكية للزبون كمتغير رباعي الأبعاد أيضا. 2- تقديم بعض المقترحات حول كيفية تحسين مستوى الخدمات المقدمة .	الهدف
الاعتمادية، سرعة الاستجابة ، الأمان، سهولة التواصل، المصادقية، الجمالة، تفهم طبيعة الزبون ، طريقة الاتصال، جدارة العاملين.	المقياس

المجتمع والعينة	تم توزيع قائمة استقصاء على (500) وبلغت القوائم الصالحة للتحليل الإحصائي نحو 450 قائمة
أساليب التحليل	الاستبيان والتحليل الإحصائي وأسلوب الانحدار
أهم الاستنتاجات	وجود علاقة ارتباط موجبة معنوية بين جودة الخدمة المدركة والنوايا السلوكية للزبون بإستثناء البعد الأخير والمتمثل في سلوك الشكوى والتي كانت علاقته بالجودة المدركة علاقة ارتباط سلبية معنوية .
<b>ب - دراسات في البيئة الأجنبية</b>	
1- دراسة (White,2005)	مشاعر الرضا للزبون والنوايا السلوكية <b>Satisfaction emotions and consumer Behavioural intentions</b>
نوع الدراسة	دراسة تطبيقية
الهدف	تطوير وصقل الإطار النظري الذي تقوم عليه مشاعر رضا الزبون وإعادة فحص اختبار المشاعر / النوايا السلوكية
المقياس	الولاء للمنظمة ، الميل للتبديل ، الاستعداد لدفع المزيد ، الاستجابة الداخلية للمشكلة ، الاستجابة الخارجية للمشكلة.
المجتمع والعينة	مؤسسة تعليمية (حرم جامعي ) تقدم الطعام للطلاب الدوليين ، 425 طالبا
أساليب التحليل	التحليل الإحصائي ، أسلوب الانحدار
أهم الاستنتاجات	أن المشاعر تلعب دورا أساسيا في التأثير على رضا الزبون والنوايا السلوكية
2دراسة(HO,2015)	نوايا إعادة الشراء وعلاقات الزبائن الظاهرية في المجتمع <b>Re-purchase intentions and virtualcustomer relationships on social media brand community</b>
نوع الدراسة	دراسة تطبيقية
الهدف	توضيح كيفية إدارة علاقات الزبائن الرقمية ( أي العلاقات مع العلامة التجارية والمنتج والشركة والمعجبين الآخرين ) على المجتمع القائم على وسائل التواصل الاجتماعي ( أي صفحات المعجبين بالعلامة التجارية على Fecebook ) والتأثير على نوايا ما بعد الشراء



المقياس	المشاركة المجتمعية الفردية ، تحديد مجتمع العلامة التجارية ، نية إعادة الشراء
المجتمع والعينة	الأشخاص الذين هم أعضاء في صفحات المعجبين بالعلامات التجارية للشركات في تايوان في مواقع التواصل الاجتماعي Facebook ، وكانت العينة 150 عضوا
أساليب التحليل	المربعات الصغرى الجزئية لأختبار الفرضيات وتحليل البيانات
أهم الاستنتاجات	أن كل هذه العلاقات الأربعة بين الزبائن والمجتمع يمكن أن تعزز سلوكيات ما بعد الشراء من خلال تحسين مشاركة المجتمع الفردي أو تحديد هويته.
3-دراسة (Nor et al., 2016)	ربط جودة الخدمة ورضا المرضى والنوايا السلوكية: تحقيق في الرعاية الصحية الخاصة في ماليزيا <b>Linking Service Quality, Patients' Satisfaction and Behavioral Intentions: An investigation on Private Healthcare in Malaysia</b>
نوع الدراسة	دراسة تطبيقية
الهدف	اختيار العلاقة بين جودة الخدمة المتصورة ورضا المرضى والنوايا السلوكية في صناعة الرعاية الصحية الخاصة في ماليزيا ، وهي دولة نامية.
مقياس	التأثير المباشر ، التأثير غير المباشر من خلال الرضا ، أو التأثير المعتدل عن طريق الرضا
المجتمع والعينة	تم توزيع استبيانات المسح على 300 مريض خارجي بالمستشفيات الذين تلقوا العلاج في المستشفيات الخاصة في 2010 و 2011. تم تحليل مائتين وثلاثة وسبعين (273) معطيات مكتملة.
أساليب التحليل	استخدام أسلوب الإحصائيات الوصفية والاستنتاجية تم استخدام الانحدارات المتعددة لاختبار الفرضيات.
أهم الاستنتاجات	1- أن أبعاد جودة الخدمة أثرت بشكل إيجابي على النية السلوكية. جميع عوامل الخدمة لها علاقات إيجابية مع رضا المرضى. ومع ذلك ، أظهرت ثلاثة أبعاد فقط لجودة الخدمة (الملموسة ، والتأكيد ،

<p>والتعاطف) علاقات مهمة مع النية. بالإضافة إلى ذلك ، كان للأمر الملموسة والموثوقية والضمان علاقة كبيرة بالرضا. يعتبر بُعد التأكيد مهمًا جدًا في التأثير على كل من الرضا والنوايا السلوكية للمرضى. كان للرضا آثار إيجابية قوية النوايا السلوكية.</p> <p>2- كل من أبعاد جودة الخدمة ورضا المرضى مرتبطين بشكل إيجابي بالنوايا السلوكية. وبالتالي، يجب إدخال توجهات إدارية قوية في المستشفيات الخاصة من أجل تقديم خدمة عالية الجودة ، وزيادة رضا المرضى ، وبالتالي تشجيع النوايا على إعادة النظر والتوصية للآخرين.</p>	
<p><b>رضا الزبائن والنوايا السلوكية في السياحة: مراجعة أدبية</b>  <b>Customer Satisfaction and Behavioral Intentions</b>  <b>in Tourism: A Literature Review</b></p>	<p><b>4-دراسة (Wayan et al., 2019)</b></p>
<p>مراجعة أدبية</p>	<p>نوع الدراسة</p>
<p>تقديم بحث منهجي للأدبيات حول موضوع رضا الزبائن والنوايا السلوكية في السياحة</p>	<p>الهدف</p>
<p>استمارة استقصاء لقياس المتغيرات</p>	<p>المقياس</p>
<p>المراجعة المنهجية للأدبيات (SLR) للمقالات التي تم نشرها والمتعلقة برضا الزبائن والنية السلوكية في السياحة من مختلف المجالات من عام 1990 حتى عام 2018.</p>	<p>المجتمع والعينة</p>
<p>التحليل الإحصائي على spss و الأسلوب الاستقرائي.</p>	<p>أساليب التحليل</p>
<p>1- أن جودة الخدمة هي أهم أسباب الرضا في السياحة. وفي الوقت نفسه ، فإن النتائج تتميز بشكل رئيسي بالولاء. ومع ذلك ، فإن العلاقة بين رضا الزبائن والولاء لا تكون خطية دائمًا ، إذ يوجد زبائن يعودون إلى الوجهة السياحية ، بينما يفضل الآخرون زيارة وجهات جديدة على الرغم من رضاهم عن الآثار العملية.</p> <p>2- توفير فهم أفضل للرضا تجاه وجهة سياحية، لذلك يمكن صياغة وتنفيذ إستراتيجية التسويق من أجل زيادة رضا السائح.</p>	<p>أهم الاستنتاجات</p>

ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة

**من حيث بيئة الدراسة :-** تم إجراء الدراسات السابقة في بيئات مختلفة في بعض الدول الأوروبية وبعض مناطق شرق آسيا ، والبعض الآخر أجريت في الدول العربية والبعض منها محلية في حين أن الدراسة الحالية تم تطبيقها في مراكز الرعاية الصحية الأولية في بيئة مركز مدينة الديوانية (العراق) في ظل انتشار وباء فايروس كورونا (COVID-19) .

**من حيث هدف الدراسة :-** كانت الدراسات السابقة متعددة الاتجاهات البحثية إذ كانت تهدف إلى معرفة مدى تحقيق الجودة في خدمات الرعاية الصحية وتحقيقها للقيمة المتوقعة للزبون والتعزيز من إدراكه للنوايا السلوكية الايجابية تجاه المنظمة، إما الدراسة الحالية فقد هدفت إلى التعرف على التغطية الصحية الشاملة من اجل تهيئة وضع المراكز الصحية بما يؤدي إلى حصول جميع الأفراد على خدمات صحية عالية الجودة وتحقق القيمة للمريض وتشجعه على الاستمرار في التعامل مع المركز الصحي من خلال انطباعه عن الخدمات المقدمة .

**من حيث منهجية الدراسة :-** يمكن اعتبار الدراسة الحالية دراسة استطلاعية وصفية وتحليلية لكونها تأخذ وجهة نظر مراجعين المراكز الصحية في مركز مدينة الديوانية في العراق.

# الفصل الثاني

## الأسس النظرية للدراسة

المبحث الأول: النغطية الصحية الشاملة: تأطير مفاهيمي نظري

المبحث الثاني: القيمة المنحقتة للزبون: تأطير مفاهيمي نظري

المبحث الثالث: النوايا السلوكية للزبون: تأطير مفاهيمي نظري

المبحث الرابع: العلاقة بين متغيرات الدراسة

## المبحث الأول

## التغطية الصحية الشاملة : إطار مفاهيمي

## توطئة :-

أن أيجاد قسم الجودة في المؤسسات الصحية لم يعد مجرد نظرية إدارية جديدة ، وإنما أصبح ضرورة ملحة وذلك لضمان تحسين وتطوير الأداء بشكل مستمر وتقديم خدمات صحية متميزة ذات جودة عالية من خلال استطلاع آراء متلقي الخدمة للتأكد من تلبية رغباتهم وتحقيق رضاهم. وفي السنوات الأخيرة ، اكتسبت حركة التغطية الصحية العالمية زخماً كبيراً إذ بينت جمعية الصحة العالمية والجمعية العامة في الأمم المتحدة أن زيادة الجهود سيشكل عامل كبير لتسريع الانتقال نحو الوصول الشامل إلى خدمات رعاية صحية جيدة.

## أولاً : مفهوم الجودة

تعامل الناس مع الجودة بشكل مستمر في حياتهم اليومية ، إذ أصبحت الجودة تمثل هاجساً حقيقياً في القرن الحادي والعشرين، وذلك عندما تبنت المجتمعات والمنظمات في الأمم المتطورة الأبعاد الفكرية لتحقيق احتياجات نموها وتطورها من خلال اللجوء إلى الفكر النوعي الذي أصبح قاعدة يعتمد عليها في كل متطلبات التحسين المستمر في عملياتها الإنتاجية أو الخدمية (حمود و الشيخ، 2010 : 13) . وقد حضي مفهوم الجودة باهتمام واسع من قبل مجموعه كبيره من الباحثين والكتاب والمهنيين وعلى مختلف المستويات كل بحسب مقاصده وميوله البحثية . والجدول (8) يبين آراء بعض الباحثين حول مفاهيم الجودة.

## الجدول (8) آراء بعض الباحثين حول مفهوم الجودة

المفهوم	الباحث والسنة ورقم الصفحة	ت
إنجاز الأشياء الصحيحة في المرة الأولى و في كل مرة	(Brown et al, 2001 : 167)	1
المطابقة للمواصفات يقيس مدى تلبية المنتج أو الخدمة للأهداف ، التفاوتات التي يحددها المصممون ، والملائمة للاستعمال ، القيمة مقابل السعر المدفوع و تقديم خدمات الدعم في كثير من الأحيان حول كيفية الحكم على جودة المنتج أو الخدمة	(Reid & Sanders, 2013: 163)	2
بالنسبة للمنتجون (المصنعون أو مقدمو الخدمات)	(Gupta & Starr, 2014: )	3

الجودة هي مجموعة من المعايير والمواصفات التي يجب الوفاء بها (تسمى المطابقة). أما بالنسبة للزبائن فأن الجودة هي السمات التي ترضيهم.	275)	
وصف مستوى رضا الزبائن عن الخدمة أو المنتج. إذ أن لها أبعاد متعددة في ذهن الزبون والتي تتخطى الأولويات التنافسية للمنظمة	(kRAJEWSKI <i>et al.</i> , 2016:119)	4
قدرة المنتج أو الخدمة على تلبية احتياجات الزبائن	(Heizer <i>et al.</i> ,2017:255)	5
قدرة الخدمة أو المنتج على تلبية متطلبات أو توقعات الزبون أو تجاوزها باستمرار	(Stevenson, 2018: 373)	6
التوافق مع متطلبات الزبون إذ تشمل فكرة الجودة بوصفها مواصفات (ما يمكن أن يقدمه المنتج او الخدمة) والجودة كمطابقة (عدم وجود أخطأ)	(Slack & Jones, 2018: 462)	7
تلبية أو تجاوز متطلبات الزبائن الآن وفي المستقبل	(Schroeder&Goldstein, 2018: 139)	8
مستوى مُحدد لخصائص مُعينة من المنتج أو الخدمة تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على قيمة الاستعمال أو الفائدة لتلك المنتجات أو الخدمات .	(Bojkovska <i>et al.</i> , 2019: 15)	9
الصلاحية الجوهرية من خلال مطابقة التقنية للجودة والتقنية للمنتج مع الضمان التكنولوجي إثناء عملية الإنتاج.	(Mukhopadhyay,2020:14)	10

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على الأدبيات الواردة فيه

وبناءً على ما تقدم من وجهات نظر ، تعرف الباحثة الجودة على أنها مدى قدرة المنتج أو الخدمة على تلبية احتياجات الزبون أو تجاوزها عبر ما يقدمه المنتج، أو الخدمة من مواصفات تؤثر بشكل مباشر في قيمة الاستعمال فضلا عن خلو المنتج، أو الخدمة من العيوب والأخطاء.

## ثانيا : مفهوم جودة الرعاية الصحية وأنواعها ومعوقاتها

## 1- مفهوم الرعاية الصحية

يعد قطاع الرعاية الصحية من أسرع القطاعات نمواً في اقتصاد الخدمات و يرجع هذا النمو جزئياً إلى شيخوخة السكان ، وتزايد الضغوط التنافسية ، وزيادة الاستهلاك ، والعلاجات والتقنيات الحديثة وتشير الرعاية الصحية إلى الحفاظ على الصحة أو تحسينها من خلال الوقاية والتشخيص والعلاج والتعافي أو العلاج من المرض والإصابة وغيرها من الإعاقات الجسدية والعقلية لدى الأشخاص (Dagger, et al., 2007:123).

وتعد الرعاية الصحية من أهم محاولات الإنسان لخلق بيئة اجتماعية أفضل ، وهي مجموع الخدمات والإجراءات الوقائية التي تقدمها مراكز الرعاية الصحية للمؤسسات التابعة لها لجميع أفراد المجتمع عامة بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع والحيلولة دون حدوث الأمراض وانتشارها مثل الاهتمام بصحة البيئة، وبالتالي فان الغرض هو ان تتحمل الدولة تكاليف العلاج للمريض وتوفير الرعاية الطبية مجانا في هذا المجال (الشاعر ، 2003:83) ومعالجتها، فضلا عن الأمور والتدابير التي تضمن الصحة للأفراد في المجتمع.

كما عرفت الرعاية الصحية بانها الوقاية من الأمراض أو الإصابات وتشخيصها (Tishan, 2008, 97). ويذهب (ذياب ، 2010:168) إلى تعريف الرعاية الصحية على أنها مجموعة الخدمات الطبية المقدمة للأفراد في المجتمع من اجل رفع مستوى الصحة للناس ومنع انتشار الأمراض والأوبئة. أما (Cross, 2012:14) فقد أشار إلى أن الرعاية الصحية هي تلك الرعاية التي تتوفر على نحو شامل للأشخاص في المجتمع المحلي وبوسائل مختلفة تمكنهم من قبولها وبتكاليف يمكن للأفراد كافة تحملها.

## 2 - أنواع الرعاية الصحية

تتاح الرعاية الصحية الأساسية على نحو شامل للأفراد والأسر في المجتمع المحلي بوسائل يمكنهم قبولها وبمشاركتهم الكاملة وبتكاليف يمكن لأفراد المجتمع المحلي وسكان البلد قاطبة تحملها. وتلك الرعاية هي جزء لا يتجزأ من نظام البلد الصحي، كما هي تمثل نواة ذلك النظام، ومن مجمل التنمية الاجتماعية والاقتصادية للمجتمع المحلي (McMichael , 2020:339) وتتمثل الرعاية الصحية بعدة أنواع كما في الآتي:



أ- الرعاية الصحية الأولية ( Primary Health Care ) : تعرف الرعاية الصحية الأولية على أنها مستوى الرعاية الأولية المقدمة لجميع الأفراد، والتي يمكن أن تعالج أكثر المشكلات شيوعاً في المجتمع من خلال تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية لتحقيق أعلى مستوى من الرعاية الصحية ، و تشير الرعاية الصحية الأولية إلى عمل المهنيين (المحترفين) الصحيين الذين يعملون كأول نقطة للاستشارة لجميع المرضى داخل نظام الرعاية الصحية عادة ما يكون هذا المحترف طبيب رعاية أولية ، مثل ممارس عام أو طبيب أسرة. (Dans et al, 2007 :540).

ب- الرعاية الصحية الثانوية ( Secondary Health Care ) : تتضمن الرعاية الصحية الثانوية درجة عالية من التخصص والتطور التكنولوجي مقارنة بالرعاية الأولية بسبب زيادة شدة المشاكل الصحية التي تواجهها إذ تتطلب المزيد من المهارات المتخصصة والمعدات الطبية الحيوية الأكثر تطوراً والمدرجة في هذه الفئة ، ويتم توفيرها من قبل ممارسين مدربين تدريباً عالياً ، مثل الجراحين المتخصصين والأخصائيين الباطنيين (Thomas,2010 :189).

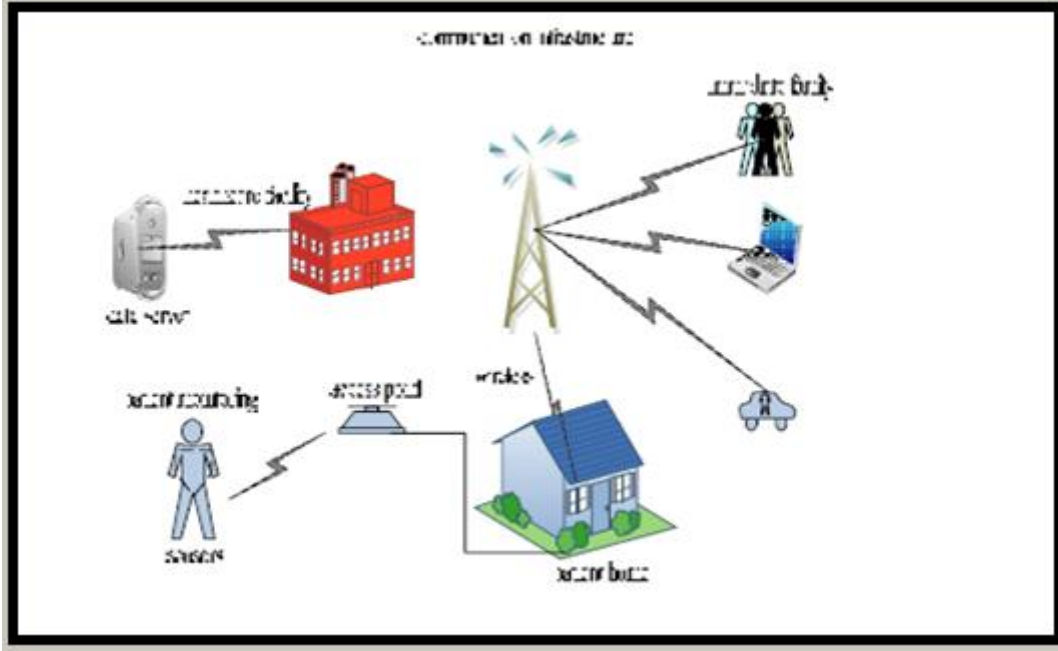
ت - الرعاية التخصصية (الثالثة) ( Tertiary care ) : تتضمن هذه الرعاية معالجة أكثر الحالات الجراحية والطبية تعقيداً، إذ يتم تنفيذ الإجراءات الطبية المعقدة مثل الرعاية الطارئة للنبوة القلبية والجراحة الترميمية ، وتشمل الخدمات المقدمة في هذه الرعاية دعم واسع النطاق من حيث الأفراد ذوي الاختصاص المميز والتكنولوجيا (Thomas,2010 : 192).

ث- الرعاية الصحية المنزلية ( Home Health Car ) : تشير إلى مجموعة الخدمات المقدمة في المنزل لدعم المرضى ، بما في ذلك خدمات الرعاية والعناية الشخصية ، والخدمات الماهرة (مثل التمريض والعلاج) المقدمة في المنزل ، والرعاية الأولية في المنزل ، والمستشفى عندما يتم توفيرها في المنزل (Landers et al.,2016:262).

### ج- الرعاية الصحية الإلكترونية : (Electronic Healthcare)

نالت صناعة الرعاية الصحية الإلكترونية مؤخرًا اهتمامًا وثيقًا بمرافقة مخطط كهربائية القلب نظرًا لأنه يلزم إجراؤها باستمرار خلال الحياة اليومية للشخص وتوفر معلومات صحية وتشمل برامج الرعاية الرقمية ، والمتمثلة بالتقاء التقنيات الرقمية مع الصحة والرعاية الصحية والمعيشة والمجتمع لتعزيز كفاءة تقديم الرعاية الصحية ، وجعل الطب أكثر تخصيصًا ودقة (Chen et al.,2019:1). كما يتضمن استخدام تقنيات المعلومات والاتصالات للمساعدة في معالجة المشكلات الصحية والتحديات التي يواجهها الأشخاص الذين يخضعون للعلاج. والشكل ( 2 ) يوضح البنية التحتية للرعاية الصحية الإلكترونية





الشكل ( 2 ) البنية التحتية للرعاية الصحية الإلكترونية

**Source:** Al-Ani, M. S., Hamed, R. I., & Alheeti, K. M. A. (2012). The Mechanism of Monitoring and Tracking of Healthcare Systems. Journal of university of Anbar for Pure science, 6(2).

### 3- المعوقات التي تواجه مؤسسات الرعاية الصحية

يواجه قطاع الرعاية الصحية اليوم مجموعة من التحديات في مجالات مختلفة ، وقد تظهر بعض القضايا مثل الافتقار إلى المرافق الصحية وكأنها من اختصاص القطاعات الأخرى ولكن الأمراض الناتجة عنها تؤدي في النهاية إلى ضغط إضافي على قطاع الرعاية الصحية، ولا زالت منظمات الرعاية الصحية تواجه عددا من التحديات ،ومن أبرز هذه المعوقات الآتي (Aprahim *et al* , 2007:19) :-

- أ - الأعداد غير المخطط للنظم الصحية والذي يؤدي إلى إهمال الأشياء والأمور المتعلقة بالجانب الوقائي لمجال التنقيف والتوعية الصحية للفرد . إذ أن الجهود المبذولة لتأدية الخدمات الصحية بجودة عالية تكون غير كافية و غير متكاملة بشكل بما يتناسب مع تقديم الخدمات الصحية .
- ب - غياب الضمان الصحي الذي يعد بمثابة خط الملتقى الأول لرعاية صحية دائمة للفرد إذ غالبا ما تكون المناهج الإستراتيجية الوطنية للجودة منفصلة عن جهود الرعاية الصحية المحلية وغالبا ما يتم تجاهل حقائق الخط الأمامي التي تواجهها فرق الرعاية الصحية .

ت - عدم وضوح الرؤية المستقبلية والتي قد تؤدي إلى انخفاض الكفاءة وانتاجية خدمات الرعاية الصحية المقدمة للفرد. فغالبا ما يكون هناك سوء فهم في إجراءات تطبيق الجودة على الرعاية الصحية والتحسين في هذه الخدمات .

ث - غياب مقاييس جودة الرعاية الصحية لعدم وجود تقارب باتجاه التحسين المستمر لجودة خدمة الرعاية الصحية، إذ أن الجهود المبذولة لقياس المؤشرات على مستوى الرعاية الصحية منفصلة عن جهود التحسين، وتوفر فرق الرعاية الصحية الأولوية للمعلومات لكن آليات التغذية العكسية الفعالة غير موجودة.

ج - حصول بعض الأمور والمحددات التي قد تحدث مثل (الحروب والنزاعات والاحتلال) والتي قد تؤثر على عمل هذه المنظمات التي تقدم الرعاية الصحية.

ح - الضعف في البرامج التدريبية وتأهيل الموارد البشرية العاملة في مجال الصحة العلاجية والوقائية. فكثيرا ما ينظر إلى المبادرات على انها مشاريع محددة زمنيا وليست مدمجة ضمن نهج مستدام بعيد الأمد لتطوير جودة الرعاية الصحية (Dans et al., 2007 :540)

### ثالثا : جودة الرعاية الصحية : مراجعة تاريخية ومفهوم

أول من استخدم مفهوم الجودة في المجال الطبي هي ممرضة بريطانية تدعى Falurans nayitangil عندما كانت تشرف على تقديم خدمات الرعاية الصحية في المستشفى واستطاعت من خلال إدخال معايير أداء بسيطة في عملها إلى أن تحقق انخفاض ملحوظ في عدد الوفيات في تلك المستشفى (WHO, 2018:2)

ولكن تطبيق الجودة في نطاق العمل الصحي بالمعنى الحديث لم يبدأ إلا أثناء الحرب العالمية الأولى، إذ طورت أكاديمية الجراحين الأمريكيين معايير محددة للعناية الطبية وتم إنشاء لجنة اعتماد للمستشفيات الأمريكية، ثم بدء العمل بالتدقيق الطبي وفي عام 1987 ظهر مفهوم الجودة في الرعاية الصحية (Lavelanet et al., 2018 :44)

بعدها أصبح مبدأ تحقيق جودة الرعاية الصحية وتحسين مستوى الأداء مطلباً أساسياً تحرص عليه جميع الدول وتؤكد عليه توجهات منظمة الصحة العالمية .

كما يؤكد المعهد الامريكي للطب بان جودة الرعاية الصحية تركز على خمسة نقاط اساسية هي

:- (Jacobs et al.,2008:140).

- أ - السلامة من خلال تفادي اصابة المرضى بالضرر خلال تقديم الرعاية الصحية .  
 ب - تقديم الخدمة في الوقت المحدد من خلال تقليص فترات الانتظار التي قد تكون ضارة بالمريض في بعض الاحيان .  
 ت - تقديم خدمات صحية تستند الى المعرفة العلمية.  
 ث - الفاعلية وتجنب الهدر.  
 ج - العدالة في تقديم الرعاية الصحية بغض النظر عن صفات المريض ومكانته الشخصية.

وينظر الباحثين الى جودة الرعاية الصحية من زوايا مختلفة، والجدول ( 9 ) يعرض بعض وجهات نظر الباحثين المطروحة حول جودة الرعاية الصحية .

#### الجدول ( 9 )

آراء بعض الباحثين حول مفهوم جودة الرعاية الصحية

المفهوم	(الباحث، السنة، الصفحة)	ت
الدرجة التي تزيد بها الخدمات الصحية للمرضى من احتمالية تحقق النتائج الصحية المرغوبة (مبادئ الجودة) ، وتتوافق مع المعرفة المهنية الحالية (مهارة الممارس المحترف) ، وتلبي توقعات مستخدمي الرعاية الصحية (السوق).	(Buttell <i>etal.</i> ,2007:62)	1
حكم مستهلك الخدمة على الامتياز أو التفوق الموجود في الخدمة الصحية الحاصل عليها أو انطباعه عنها.	(Dagger <i>etal.</i> ,2011:124)	2
تطبيق العلوم والتقنيات الطبية بأسلوب يحقق أقصى استفادة للصحة العامة بدون زيادة التعرض للمخاطر.	(فضيلة وآخرون , 2012:175 )	3
إسعاد المريض باستمرار من خلال تقديم خدمات رعاية صحية كفؤة وفعالة وفقاً لأحدث الإرشادات والمعايير السريرية ، والتي تلبي احتياجات المرضى وتلبي احتياجات مقدمي الخدمة.	(Mosadeghrad,2013:203)	4
تزويد المرضى بالخدمات المناسبة بطريقة كفؤة تقنياً ، مع التواصل الجيد ، واتخاذ القرارات المشتركة	( Mosadeghrad,2014:78 )	5

وإزالة الحساسية التطبيقية .		
معيار لدرجة تطابق الأداء الفعلي مع توقعات الزبائن لهذه الخدمة	(الغزالي 2014:31)	6
جودة الخدمات المقدمة في المستشفى والتي تجعل المرضى يشعرون بالرضا عن الخدمة التي حصلوا عليها .	( Najem,2016:8 )	7
الدرجة التي تزيد بها احتمالية النتائج الصحية المرغوب في تقديمها للأفراد والسكان والتي تتوافق مع المعرفة المهنية الحالية .	(Britton et al., 2017 :566)	8
مدى اهتمام العاملين في المنظمة الصحية بالمرضى وتلبية الاحتياجات الإنسانية لهم والتي يدركها المريض في الواقع الفعلي.	(دره وآخرون, 2018:359)	9
الدرجة التي تبلغها الخدمات الصحية المقدمة في زيادة الحصيلة الصحية المرغوبة، ضمن إطار اقتصادي معين، وموازنة للمخاطر المنافع وبما يتماشى مع المعرفة المهنية الراهنة.	( حبيبة, 2020:63)	10

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على الأدبيات المتوفرة

مما تقدم يمكن القول بأن جودة الرعاية الصحية هي درجة شعور الزبائن ( المرضى) بالرضا والسعادة لحصولهم على خدمات رعاية صحية فاعلة وكفؤة من خلال عدم وجود فجوة بين الأداء الفعلي الذي تقدمه المنظمة الصحية وتوقعات الزبائن ، فضلا عن التواصل المستمر مع الزبائن وإشراكهم في القرارات المهمة التي تتعلق بهم.

#### رابعا : عناصر جودة الرعاية الصحية

أضحى تطبيق نظم الجودة في مجال الرعاية الصحية من الضرورات الملحة في العقدين الأخيرين وخاصة في دول العالم الثالث إذ تزداد الحاجة إلى الخدمات الصحية في ظل ارتفاع مستمر في تكلفة هذه الخدمات وأيضاً مع وجود تباين كبير في مردود ونتائج الخدمة الصحية في المنظمات الصحية المتماثلة ما تظهر الحاجة إلى إتباع معايير قياسية في الأداء الطبي وإتباع بروتوكولات مبنية على أدلة علمية ( علوان, 2009:38)

أن الرعاية الصحية عالية الجودة يمكن أن تسهم إلى حد كبير في رفاهية المجتمع وتحسين النتائج الصحية سيما للأفراد الذين يعيشون في ظروف بعيدة الأمد (9: Budd, 2016) وقد تم وصف العديد من عناصر الجودة على مدى عقود، لكن هنالك اعتراف متزايد بان الخدمات الصحية الجيدة في أنحاء العالم يجب أن تتصف ببعض المميزات، ويؤكد (73: Allegranz, 2009) بان هنالك سبعة عناصر للجودة يمكن ان ترفع مستوى الرعاية الصحية إلى مستويات عالية، والشكل (3) يعرض هذه العناصر .



الشكل (3)

عناصر جودة الرعاية الصحية من وجهة نظر (Allegranzi, 2009)

Source :. OECD Health Ministerial Meeting, 17 January 2017. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development (<http://www.oecd.org/health/ministerial/ministerial-statement-2017.pdf>).

أ - الفعالية :- يتم تقديم الرعاية الصحية بناءً على المعرفة العلمية والمبادئ التوجيهية القائمة على الأدلة ، وسوف يلتزم فريق الرعاية بالمسارات السريرية للمرضى الأكبر سناً وبناءً على الأدلة والخبرة في إدارة الحالات المماثلة (246: Arriaga et al., 2013) . والرعاية الصحية الأولية لها وظيفة مهمة في دعم النظام الصحي الأوسع نطاقاً لتقديم رعاية جيدة، فهي مفتاح لضمان استمرارية هذه الخدمات الصحية بفاعلية ، والتنسيق مع العديد من الوظائف التي تجتمع لخلق بيئة رعاية عالية الجودة وذات فعالية ممتازة (156: Lonroth et al., 2007).

ب - الأمان :- يقصد بالأمان التقليل من الحاق الضرر بالمريض ، بما في ذلك الإصابات التي يمكن الوقاية منها والأخطاء الطبية ، وسيكون هنالك مبادئ توجيهية واضحة لمنع العدوى المكتسبة من المستشفيات والأخطاء الطبية (96: Ozdas et al., 2006) ، ويتطلب عند في

تقديم خدمات الرعاية أولاً أن لا تسبب أي ضرر للفرد، وبالتالي يجب إعطاء الأولوية للهياكل والنظام الأساسي من أجل ضمان سلامة الرعاية الصحية للمرضى ( Ssengooba *et al.*, 2012:83)، أي أنها تقلل من الحاق الضرر بالمرضى بما في ذلك الإصابات التي يمكن الوقاية منها والأخطاء الطبية (Lazakidou *et al.*, 2012:103).

ت - التمحور حول السكان - : أن الأساس المنطقي للرعاية الصحية التي تتمحور حول السكان هو أن الرعاية الصحية يجب أن تمنح كل مريض وأسرته دوراً نشطاً في رعايتهم، ويجب أن تتكيف الرعاية بسهولة مع الظروف الفردية والعائلية، فضلاً عن اختلافات الثقافات واللغات والإعاقات ومستويات المعرفة الصحية (weiner *et al.*, 2013:9)، أي أنها تحترم تفضيلات الفرد وقيمة احتياجاته وتستجيب لها. وقد يكون الشخص المريض قلقاً أحياناً وي طرح أسئلة كثيرة، لذلك سوف يقوم فريق الرعاية الصحية بالاستماع إلى تلك الأسئلة والإجابة عليها بصبر والتعاون في وضع خطة لإدارة الرعاية الصحية (Gupta *et al.*, 2015:20).

ث - دقة التوقيت - : أن خدمات الرعاية الصحية تمثل أول اتصال للأشخاص مع النظام الصحي، لذلك يجب عليهم بناء الثقة مع الأفراد ، إذ أن الرعاية الصحية الأولية تمثل نقطة الدخول إلى النظام الصحي ويجب أن تكون لها نقطة ثابتة على الأمد البعيد (Higginson *et al.*, 2012:7)، بالتالي فإن التأخير في تقديم الخدمات وتلقيها سيكون إلى أدنى حد ممكن ، فمثلاً إذا تم إدارة الاتصال بكل مقدم خدمه مشارك في رعايتها من خلال نظام كفوء لتدفق المرضى من أجل تحديد مواعيد الزيارات لهم أو تعديلها وسيتم التعرف على الحالات التي تتطلب تدخلاً عاجلاً ويتم التصرف بشأنها في أسرع وقت ممكن (Who, 2018: 30-37).

ج - الأنصاف - : أن المساواة في الحصول على الخدمات الصحية تعني أن الأفراد الذين يحتاجون إلى الرعاية الصحية يجب أن يحصلوا عليها بغض النظر عن الوضع الاجتماعي والاقتصادي للفرد ما يعني أن المخاطر المالية للمريض يتم تقاسمها بالتساوي بين جميع السكان (UHC in Rwanda, 2014:2) . إذ أن جودة الرعاية الصحية التي يتلقاها المرضى لن تختلف باختلاف الخصائص الشخصية مثل النوع الاجتماعي والحالة الثقافية والاقتصادية، وسوف تعكس الخدمات التي يتلقاها المرضى على الفوائد الصحية (Franco *et al.*, 2011:65).

ح - التكامل - : أن تنسيق الرعاية الصحية وتكاملها هو جهد واعي لضمان توفير جميع المعلومات الأساسية واللازمة لاتخاذ قرارات صحيحة من خلال تقديم الرعاية الصحية المتاحة للمرضى إذ ستقدم خدمات الرعاية للمرضى ويتم تنسيقها عبر مقدمي الخدمات، وبعد تقديمها

سيقوم الأخصائي الاجتماعي بتقييم الخدمات، والخيارات المتاحة لدعم خطة الرعاية الصحية (Fallah et al.,2016:9).

خ - الكفاءة :- تتجنب الرعاية هدر الموارد ، ومنها الأجهزة والمعدات والطاقة والأدوية ، وسيكون بمقدور مقدمي الخدمات الطبية متابعة الإجراءات السابقة التي أجريت من قبلهم عبر نظام السجلات الطبية الالكترونية ، ما يمنع ذلك تكرار الهدر بالموارد ( Johri et al.,2015:57).

#### سادسا : أسس الرعاية الصحية عالية الجودة

عندما تكون خدمات الرعاية الصحية رديئة الجودة فإن هذا سيشكل عائق أمام المنظمات الصحية ويحول دون تحقيق تغطية صحية شاملة فعالة، بالتالي لا تعود على المجتمع بالمنفعة لذلك يجب أن يكون هنالك تضمين وتحسين لأليات الجودة باستمرار في أسس أنظمة الرعاية الصحية (Dos, 2012:85). ويوجد الكثير من العناصر الأساسية التي تهتم بتقديم الخدمات ذات الجودة في الرعاية الصحية، ويعتمد تقديم هذه الخدمات على العاملين في مجال الرعاية الصحية والمرافق العامة والأجهزة والأدوات وغيرها من التقنيات وتنظيم المعلومات (خسروف ، 2008:30). إذ أن برامج جودة الرعاية الصحية يجب أن تتميز بتوفير آلية عمل للتأكد من أن مستوى جودة الخدمة الصحية التي تقدم للمرضى يطابق ما سبق تحديده من معايير وان تلك البرامج قد صممت لحماية المرضى وتحسين مستوى الرعاية التي توفرها المنظمة الصحية ( سعد ، 2004:116).

وهناك عدة أسس للرعاية الصحية يمكن توضيحها كالاتي:-

#### 1- العاملون في مجال الرعاية الصحية الذين لديهم الدافع لتوفير الرعاية الجيدة

إذ يعد الأطباء الماهرين والممرضين وغيرهم من العاملين في مجال الرعاية الصحية مهمون لتقديم رعاية صحية عالية الجودة للأشخاص والمجتمع (Roy et al, 2016 :117). ويمكن للعاملين في مجال الصحة المجتمعية المساعدة في تخفيف النقص الموجود في الكوادر الصحية العاملة في مجال الرعاية الصحية ، فهم أفراد تم تدريبهم على تقديم خدمات رعاية صحية محددة أو للقيام بمراقبة الأمراض السارية أو غير السارية وعلاجها ، وعادة ما يأتيون من المجتمعات التي يخدمونها وبذلك سوف يكونون حلقة وصل لجهود المشاركة المجتمعية ( Javed et al.,2019:168). وتظهر الأدلة أن العاملين في مجال الصحة المجتمعية يستطيعون تقديم



رعاية صحية وآمنة وفعالة لأمراض الطفولة والحد من انتشار الأمراض السارية وغير السارية وكذلك تعزيز التغذية الصحية وتوفير خدمات تنظيم الأسرة (Perry, 2014:35).

بالإضافة إلى عدد العاملين في مجال الرعاية هناك جوانب مهمة أخرى تشمل :

أ - إمكانية الحصول على الخدمة، أو مدى سهولة مقابلة أخصائي الرعاية الصحية.  
ب - القبول عندما يشعر الناس أنهم عوملوا باحترام وان وجهت نظرهم أخذت بعين الاعتبار.  
ت - الجودة المعرفة، والمهارات، وسلوك العاملين في المجال الصحي.  
ث - مزيج المهارات والعمل الجماعي التي يكون لدى الأخصائيين الصحيين للتعامل مع أنماط الأمراض الوفيات.

ج - تهيئة البيئات المناسبة، والظروف المادية، والمالية، والقانونية، والتنظيمية التي تدعم تقديم رعاية ذات جودة عالية.

## 2 - مرافق رعاية صحية يسهل الوصول إليها

يوجد هناك اختلاف كبير في توفر الخدمة الصحية المقدمة ، وتختلف كثافة العيادات والمستشفيات اختلافا كبيرا داخل البلاد ، وقد تبعد مرافق الرعاية الصحية مسافة طويلة عن المجتمعات الريفية الفقيرة، كما توفر الخدمات واستعدادها للتشغيل شرط ضروري لتقديم الرعاية الجيدة (Das et al., 2013). ويرى باحثون آخرون بأن الحكم على جودة مرافق الرعاية الصحية يكون حسب درجة توفر الأساسيات مثل كالمياه النظيفة والكهرباء والصرف الصحي الجيد والتخلص من النفايات (Klonoff et al., 2000:391). كما أن هناك حاجة ماسة لهذه الركائز الأساسية لجودة الرعاية ، مع ذلك فإن البنية التحتية الكافية لا تعادل بالضرورة الرعاية العالية الجودة لذلك يجب وضع معايير جيدة والعمل على تنفيذها بالإضافة إلى تشجيع التحسين المستمر. وتنتقل نظم الرعاية الصحية بشكل متزايد إلى عمليات تقييم أكثر استمرارية بما في ذلك قياس نتائج المريض وتجاربه. (Debussche et al., 2009:54).

## 3 - الأدوية والأجهزة والتقنيات الآمنة في الاستخدام

أن الحصول على الأدوية والأجهزة الطبية والتقنيات بشكل امن وفعال هو شرط أساس للحصول على خدمات الرعاية الصحية الفعالة، وان وضع قيود على المنتجات غير الآمنة هو أمر بالغ الأهمية لسلامة المرضى (Oortwijn et al., 2016:1-2). وقد حصل تحسن كبير في الحصول على الأدوية والأجهزة والتقنيات التي تكون ذات جودة عالية ، ولكن لا تزال هناك



فجوات كبيرة في توفير الرعاية الأساسية ومشاكل معقدة وخطيرة مع المنتجات المقلدة ما يجعل القضية أكثر تعقيد (Kennedy-Martin et al.,2014:16). وان هذه المعدات تتطلب صيانة وتدريب العاملين على الأجهزة الطبية ، كما وان السياسات الوطنية المتعلقة بالأدوية سوف تساعد على ضمان منتجات ذات جودة عالية (Pettersson et al.,2012:86) .

#### 4 - نظم المعلومات التي تفود إلى رعاية أفضل

تؤكد منظمة الصحة العالمية على مقاييس الجودة العالية لخدمات الرعاية الصحية التي لا تزال تشكل أمرا صعبا وذلك بالنظر إلى قلة الدعم الذي تنفقه الدول والجهات المانحة للأموال على أنظمة المعلومات الصحية تشير معظم الإحصائيات إلى أن النظم الصحية لمنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية تستثمر ما بين ( 2% — 4%) من أجمالي الأنفاق الصحي على نظم المعلومات (Bateganya et al.,2015:74).

#### 5- آليات التمويل التي تمكن من الرعاية الجيدة

أن الطريقة التي يتم بها تحصيل الأموال واستخدامها لدفع تكاليف خدمات الرعاية الصحية لها تأثير كبير على جودة الرعاية ونتائجها ، وان الأدلة تشير إلى وجوب تحصيل الأموال وتجميعها قبل الحاجة إلى الرعاية وذلك من خلال أنظمة تأمين إلزامية مع وجود نظام بديل للدفع من الأموال الخاصة في لحظة الحاجة (WHO, 2010: 12) وان كيفية تدفق الأموال من وكالات التأمين إلى الخطوط الأمامية من اجل شراء الخدمات أو تسديدها يكون على نفس القدر من الأهمية ، وتوجد العديد من الآليات التي تتبع في الحصول على الأموال منها الرسوم مقابل الخدمات أو الميزانيات السنوية ، و تحفيز الرعاية الوقائية عن الرعاية التفاعلية وعادة ما يتم استخدام مزيج من الآليات ، وان المهم من منظور جودة الرعاية هو استخدام مزيج مصمم بحرص ودرجة عالية من الذكاء ومناسب مع الاحتياجات المحلية، ويعاقب على الرعاية التي لا تفي بالمعايير الكافية ومن اجل ذلك تصمم الأنظمة الصحية على شكل آليات تدفع مقابل حزم الرعاية ومساها (Sampson et al., 2013:55).

## سابعاً: مفهوم التغطية الصحية الشاملة

قطعت جميع الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية في منتصف العقد الأول من القرن الحادي والعشرين عهداً بتحقيق التغطية الصحية الشاملة، وكان هذا العهد تعبيراً جماعياً عن الأيمان بأن لجميع الأفراد الحق في الاستفادة من الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها دون التعرض لخطر الفقر (Frasch *et al.*, 2014:11). وأصبحت التغطية الصحية الشاملة إحدى الأولويات العالمية في مجال الصحة، بعد أن كانت جذورها في دستور منظمة الصحة العالمي والذي اعتمد عام 1948 الذي جعل من الصحة أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان (المولهي وآخرون، 2019: 19). وتتطوي التغطية الصحية الشاملة ضمناً على وجود إطار قانوني يفرض على الحكومات الوطنية توفير الرعاية الصحية لجميع السكان مع إلزام المجتمع الدولي بدعم الدول الفقيرة في تنفيذ هذا الحق (Schwartz *et al.*, 2007:81). وفي الثاني عشر من كانون الأول (ديسمبر) في كل عام يتم الاحتفال بيوم التغطية الصحية الشاملة في جميع أنحاء العالم، أن تحتفل منظمة الصحة العالمية والتحالف الذي يضم أكثر من 700 منظمة في 116 دولة بهذه المناسبة باعتباره اليوم العالمي للتغطية الصحية الشاملة، ويتم في هذا اليوم حث قادة العالم على الوفاء بوعودهم لتحقيق التغطية الصحية الشاملة (Saha, 2018:1).

وينظر الباحثين إلى تعريف التغطية الصحية الشاملة من زوايا مختلفة، والجدول (10) يعرض بعض وجهات الباحثين المطروحة حول تعريف التغطية الصحية الشاملة.

## الجدول (10) وجهات نظر بعض الباحثين بشأن مفهوم التغطية الصحية الشاملة

المفهوم	اسم الباحث والسنة والصفحة	ت
الطموح الذي يناله جميع الافراد من اجل الحصول على الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها بدون إن يعانون من ضائقة مالية لدفع ثمنها، وهذا يتطلب مجموعة من التعزيزات الوقائية والعلاجية وخدمات إعادة التأهيل والتلطيف.	Marie <i>et al.</i> , 2013:305	1
عملية الوصول إلى تعزيز شامل في التدخلات الصحية والوقائية والعلاجية والتأهيلية وبأسعار معقولة وبما يضمن حق الوصول العادل من قبل الجميع لهذه التدخلات .	(Mckee, 2013:39)	2
احد أهداف التنمية المستدامة لما بعد عام 2015 ويتضمن	Behera <i>et al.</i>	3

أهدافا صحية ينبغي إعادة تصميمها أو تفكيكها بجهود حكومية مضاعفة لتعزيز الرعاية الصحية، وهي خدمة قريبة من الزبائن لتحقيق نتائج صحية عادلة .	(.,2015:155)	
الوصول إلى النطاق الكامل للرعاية الصحية والتكنولوجيا الأكثر ملائمة لجميع الأفراد بأقل سعر ممكن أو مع حماية مالية اجتماعية .	AGonani et ) (al.,2015:1	4
عقد اجتماعي جديد يأتي ثماره في ظل توافر جو من التضامن بين أكثر من طرف للمساهمة في بناء الأساس المطلوب لتحقيق تماسك المجتمع .	(WHO,2019:9)	5
وسيلة لتحقيق تحسين العدالة والصحة والرفاء المالي والتنمية الاقتصادية وضمان ذلك، ويمكن للجميع الوصول إلى الجودة وبأسعار معقولة للخدمات الصحية.	(Tao et al.,2019:1)	6
الركيزة الأساسية للأهداف المتعلقة بالصحة في أهداف التنمية المستدامة، مع ضمان أن تكون السياسة مرنة تجاه الأوضاع المالية السلبية.	(Sumriddetchkajorn (et al.,2019:2	7
أحد أهداف التنمية المستدامة والتي تضمن الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة والوصول إلى الأدوية الأساسية الآمنة والفعالة وذات الجودة المعقولة والميسورة التكلفة والحماية من المخاطر المالية.	(Derkyi-kewarteny et al.,2021:1)	8

المصدر: من أعداد الباحثة بالاعتماد على الأدبيات الواردة فيه.

يتبين لنا من خلال ما تقدم أن التغطية الصحية الشاملة هي جهود حكومية تستهدف تحقيق الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية والتأهيلية للفرد والأسرة والمجتمع بأسعار مناسبة وبما يضمن حصول الجميع على تلك الرعاية الصحية . وهي بذلك تمثل أحد أهداف التنمية المستدامة للمجتمعات في عالم اليوم.

## ثامنا:- أسس ومبادئ التغطية الصحية الشاملة

هناك ثلاثة أسس يجب أن تكون موجودة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة هي :

**1- الإرادة السياسية :-** تعد الإرادة السياسية ضرورية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة على مستوى البلد . إذ انها هدف وطني يتطلب مستوى مرتفع من الالتزام ليتم تحقيقه ، ويمكن أن يضمن وجود الإرادة السياسية إنشاء الإطار القانوني والتشغيلي المطلوب لتحقيق التغطية الصحية الشاملة (Bump,2015:28). ويمكن للقادة السياسيين إعطاء الأولوية للصحة ، وبالتالي وضع سياسات لتقدم نحو التغطية الصحية الشاملة وتخصيص الموارد لتحقيقها ( Reich et al.,2016:811). يضاف إلى ذلك ، انه يمكن للقادة السياسيين إشراك جميع أصحاب المصلحة لمناقشة أنسب الوسائل الهادفة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.

**2- الموارد المالية :-** للموارد المالية أهمية كبيرة لتغطية تكلفة خدمات الرعاية الصحية المقدمة للأفراد . ونظرا لان الهدف الرئيس من التغطية الصحية الشاملة هو التوسع التدريجي في تغطية الخدمة وبالتالي ستكون هناك حاجة إلى قدر متزايد من الموارد المالية لتغطية هذا التوسع . وتهدف التغطية الصحية الشاملة إلى تقليل المخاطر المالية على الأفراد المشمولين بالخدمات ، شريطة أن الموارد اللازمة لتغطية نفقاتها يجب إلا تكون من خلال الدفع المباشر عند نقطة الاستخدام بل من خلال آليات تضمن كلا من : الأعتداد على الموارد العامة واستخدام طرائق الدفع المسبق القائمة على حقوق الملكية (Atun et al.,2013:65). لذلك يتعين على القادة السياسيين زيادة حصة قطاع الصحة في الميزانية الوطنية أما من الضرائب أو من الموارد الطبيعية (Verrecchia et al.,2019:11).

**3- النظم الصحية الرصينة :-** لن تؤدي الإرادة السياسية والموارد المالية إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة ما لم تكن مصحوبة بأنظمة صحية رصينة و قوية قادرة على تقديم الخدمات المطلوبة من حيث الجودة والكمية ( Bump,2015:38). كما أن النظم الصحية القوية هي تلك التي تحتوي على البنية التحتية، والقدرات البشرية، والأدوية والمعلومات، وترتيبات التمويل المطلوبة ( Reich et al.,2016:816). يضاف إلى ذلك انه يجب أن تكون النظم الصحية قادرة على التكيف مع احتياجات الأفراد والظروف العالمية والوطنية المتغيرة (Mills et al.,2012:126)

وتعتمد التغطية الصحية الشاملة على فكرة أساسية مفادها انه ينبغي على جميع الأفراد والمجتمعات أن يحصلوا على خدمات صحية أساسية عالية الجودة دون المعاناة من ضائقة مالية (Kieny *et al.*,2017:1) ويمكن توضيح أهم مبادئ التغطية الصحية الشاملة بالاتي:-

**1- الأنصاف :-** يعرف الأنصاف على أنه الوصول المتساوي إلى مجموعة الخدمات والمزايا بغض النظر عن الوضع الاجتماعي والاقتصادي للفرد ، أن تحقيق العدل والأنصاف في حصول الأفراد على تغطية صحية شاملة ، هو أحد الأهداف الجوهرية للإصلاحات المنشودة في التغطية الصحية الشاملة الذي تدعمه منظمة الصحة العالمية (WHO, 2019:1). ويجب إلا تنحصر مهمة نظم رصد تغطية الخدمات الصحية في تسجيل العدد الإجمالي للأشخاص الذين يمكنهم الوصول إلى الخدمات والذين لا يمكنهم ذلك ، أما ينبغي أيضا أن تشمل تسجيل بعض التفاصيل الاجتماعية والديموغرافية عنهم (Victora *et al.*,2012:1149). ولرصد مستوى الأنصاف في عرض الخدمات الصحية والطلب عليها يجب تصنيف المؤشرات بحسب الدخل أو مستوى الثراء، أو نوع الاجتماعي، أو العمر أو نوع الإعاقة (Dye *et al.*,2013:418).

**2- المرونة :-** التأكد من قدرة النظام الصحي على الصمود في وجه حالات الطوارئ أو الأزمات الكارثية المحتملة ويمكن للقرارات المتخذة بشأن نسب التغطية ومجموعة الخدمات الصحية أن تعزز من ذلك ويؤكد تفشي وباء الإيبولا في غرب أفريقيا والذي أدى إلى انهيار الأنظمة الصحية في ليبيريا وغينيا، عدم مرونة هذه الأنظمة الصحية والتي تعد نسبة التغطية فيها من بين الأدنى عالميا (Chotia.,2014:12).

**3- الاستدامة :-** تصمم النظم الصحية على أن تكون مستدامة على الأمد البعيد ، إذ أن عدد من البلدان متوسطة ومرتفعة الدخل تعاني من مواجهة التكاليف المتزايدة لخدمات الرعاية الصحية وأن أي نظام صحي يفتر إلى وجود رؤية مستقبلية لإدارة التكاليف سيصل لمرحلة الانهيار لا محال . وقد أظهرت حالات كثيرة في دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية مؤخرا، أن تقليل موازنة الرعاية الصحية يؤدي إلى تقليل المنافع المتأتية من تطبيق التغطية الصحية الشاملة (Kinsman *et al.*,2013:31).

### تاسعاً:- خطوات الوصول إلى التغطية الصحية الشاملة

تشكل التغطية الصحية الشاملة طموحاً يعزز من مبدأ " التمتع بأفضل مستوى من الصحة يمكن الوصول إليه . وأن الطريق نحو التغطية الصحية الشاملة هو منحني تعليمي مستمر . لذلك ،

التحرك نحو التغطية الصحية الشاملة يتطلب من كل دولة أن تجد طريقها الخاص والتعاون والحوار السياسي (Porignon,2019:9).

وكانت الفكرة التي تركز عليها التغطية الصحية بوجود إتاحة الخدمات الصحية للأفراد والسكان هي جزءاً أساسياً من قرار صدر عن منظمة الصحة العالمية في عام 2005 وذلك لحث الدول الأعضاء على "وضع خطط للتحويل إلى توفير التغطية الصحية الشاملة لسكانها بحيث تسهم في تلبية احتياجات الأفراد من الرعاية الصحية وتحسين جودتها" (Frasch et al., 2012:716). وهنا يبرز التأكيد على الدور المهم والمحوري للرعاية الصحية في النظم الصحية في عام 2008. وفي عام 2010 إذ تم اقتراح الهدف المتمثل في تحقيق التغطية الصحية الشاملة عند إنشاء نظم تمويل صحي والتي كانت البلدان تسعى إلى تعديلها وتكييفها على اختلاف مستويات دخلها (Cohen et al., 2011:493). كما تم التأكيد في قرار صدر عن الجمعية العامة للأمم المتحدة في عام 2012 أكد على الهدفين المتمثلين في ضمان إتاحة الخدمات الصحية والحماية من المخاطر المالية من أجل تعزيز التغطية الصحية (Victora et al., 2012:1149). وذهب قرار عام 2012 إلى أبعد من ذلك عندما سلط الضوء على أهمية توفير التغطية الصحية الشاملة لبلوغ الأهداف الإنمائية والتخفيف من حدة الفقر وتحقيق التنمية المستدامة (Evans et al., 2012:864).

ومن أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة بسياقها الوطني سوف يتعين على جميع البلدان تجميع وفهم البيانات الوطنية من أجل وضع خطة عمل شاملة للتكيف وتحديد أولويات التدخلات من أجل وضع مجموعة من الخدمات الأساسية التي تشمل التغطية الصحية الشاملة. وأن عملية وضع مجموعة خطط للتغطية الصحية الشاملة توفر فرصاً عديدة تعزز من تكامل الخدمات الأساسية، وتحتاج البلدان إلى استعراض وتنقيح مجموعات التغطية الشاملة الوطنية باستمرار في ضوء التغييرات الاقتصادية والوبائية الصحية (WHO,2019:14).

ويمكن شق الطريق نحو التغطية الصحية من خلال مجموعة خطوات هي :

1- فهم السياق الوطني وتحديد أوجه عدم المساواة : إذ يجب أن تكون المرحلة الأولى في تطوير التغطية الصحية هي تقييم شامل للصحة الوطنية والاحتياجات وقدرات النظام باعتبار أن التغطية الصحية الشاملة تسعى إلى ضمان الحصول على الخدمات الأساسية ، وهنا يجب على أصحاب المصلحة أن يدركوا أن التغطية الصحية الشاملة لا يمكنها توفير الإمكانيات اللازمة للوصول إلى

جميع التدخلات الصحية الممكنة بغض النظر عن الفوائد الصحية أو القيمة المضافة ( Farmer *et al.*, 2010: 10).

2- تحديد أولويات التدخلات الفعالة من حيث التكلفة ، فمع مرور الوقت يتعين تطوير مجموعات خدمات التغطية الصحية الشاملة للاستجابة للتغيرات والتطورات الوبائية في النظم الصحية (Satti *et al.*, 2012:4270). وسيحتاج صانعو القرار إلى مراجعة مستمرة للبيانات الخاصة بالأمراض ، ومؤشرات تتبع النفقات والأسهم من أجل تحسين وتوسيع المجاميع التي ستشكل في هذا الإطار لتلبية احتياجات الأفراد (Boerma *et al.*, 2014:1001).

3- التخطيط لتنفيذ التغطية الصحية الشاملة، إذ أن الطريق إلى تقديم الرعاية اللازمة لضمان التغطية الصحية الشاملة قد يكون أقل وضوحاً لذلك يتطلب تخطيطاً شاملاً وموارد إضافية لتحديد التدخلات التي سيتم تقديمها للأفراد (Mukherjee *et al.*, 2019:1). وهذا بدوره يحتاج إلى أن تجري التغطية الصحية الشاملة تحسينات جوهرية في النظم الصحية واستراتيجيات التمويل لضمان توافر خدمات صحية عالية، إذ لا يمكن تحقيق النجاح العالمي الحقيقي للتغطية الصحية الشاملة إلا إذا كانت هناك خطة واضحة ومحددة للتنفيذ (Kruk *et al.*, 2018:252).

4- تقييم عمل الخطط المتعلقة بتنفيذ التغطية الصحية الشاملة ، إذ تركز المرحلة الأخيرة من عملية تطوير خدمات التغطية الصحية على رصد وتقييم الخطط والمجموعات الوطنية ، إذ سيكون رصد وتقييم أثر التغطية الصحية عملية تكرارية . وينبغي النظر في العناصر الرئيسية المرتبطة بعملية التخطيط والتنفيذ ، بما في ذلك الأهداف والمؤشرات إذ أن العديد من الحكومات حالياً تحدد أبعاداً للتغطية الصحية الشاملة مثل ( التغطية السكانية ، ومستوى الخدمة ، والحماية المالية ) إذ يجب التعرف عليها كجزء من تحقيق التدرج في التغطية الصحية والانتقال بها من المدى المتوسط إلى البعيد ، كذلك ينبغي أن يكون لكل بلد أهداف ومؤشرات واضحة وقابلة للقياس لتتبع التقدم المحرز وتقديم التقارير دورياً (Knaul *et al.*, 2018:6). وكذلك الحال في مشاركة أصحاب المصلحة المتعددين والتي ينبغي أن تكون مساهمة مجموعات المجتمع المدني بما في ذلك (المرضى ، والأطباء ، والمجموعات المجتمعية ) مكوناً أساسياً في وضع أهداف سياسة التغطية الصحية ، ومجموعات المنافع ، والرصد والتقييم من أجل ضمان استجابة الخدمات الصحية لاحتياجات المرضى على نحو أكثر فاعلية (Atun *et al.*, 2015:1153). ويوضح الشكل (4) المراحل والجوانب الرئيسية التي ينبغي أن يأخذها واضعي السياسات في الاعتبار عند رسم سياسة التغطية الصحية الشاملة .



الشكل (4)

الجوانب الأساسية الواجب أخذها في الاعتبار عند رسم سياسة التغطية الصحية الشاملة

**Source:** Cancer Control, Addressing cancer Universal Health Coverage, 2019, www.uicc.org, pp. 5.

#### عاشرا:- أهمية التغطية الصحية الشاملة

هنالك ضرورة لتوفير التغطية الصحية الشاملة للأفراد وذلك لما يمكن أن تحققه من منافع مهمة سواء على مستوى الأفراد أو المجتمع كتسهيل الوصول إلى الخدمات الصحية وتكون التغطية الصحية الشاملة بمثابة المحرك لتحقيق النتائج الصحية الأفضل في المستقبل ، وتحقيق استقرار اجتماعي وهو أمر أساسي للتنمية الاجتماعية والاقتصادية للدول (Lagomarsino et al., 2012:380). وتعد التغطية الصحية الشاملة وسيلة فعالة للغاية من خلالها تستطيع البلدان من خلالها توفير منافع صحية واقتصادية وسياسية (Chenung et al., 2014:66). ويمكن أجمال أهمية التغطية الصحية الشاملة على ثلاث مستويات :-

**1- على المستوى الصحي :-** هناك أدلة مهمة تبرهن أن التغطية الصحية الشاملة تحسن صحة سكان البلدان التي تطبقها (Merten et al., 2010:12). إذا يخص باحثون استخدموا بيانات من



153 بلداً في تقرير لجنة (Lancet) إلى أن توسيع التغطية الصحية يؤدي عموماً إلى زيادة فرص الحصول على الرعاية الضرورية وتحسين صحة الأفراد (Moreno, 2012:23).

**2- المستوى الاقتصادي :-** تشير الدلائل على أن التطور الحاصل في الحالة الصحية للسكان من شأنه أن يؤدي إلى نتائج ايجابية اقتصادية . ويرى (Bloom et al., 2004:1) أن جودة العمالة معبرا عنها برأس المال البشري مهمة بشكل كبير في النمو الاقتصادي للبلد فالعاملون الأصحاء بدنياً وعقلياً يكونوا أكثر نشاطاً وقوة وأكثر إنتاجية.

**3- على المستوى السياسي :-** تبدأ التغطية الصحية الشاملة مع الالتزام السياسي الحقيقي من قبل القادة الوطنيين ، إذ أن اختيار كيفية تطوير التغطية الصحية الشاملة مختلف في سياق كل بلد ، ولكن البلدان التي قد أحرزت تقدماً بالتغطية الشاملة قد شهدت مجموعة منافع متحققة . وقد أدعت رئيس منظمة الصحة العالمية (مارغريت تشان) أن التغطية الصحية هي "المفهوم الوحيد الأقوى الذي تمتلكه الصحة العامة ، إذ أن اعتماد نظام التغطية الصحية الشاملة والحفاظ عليه هو عملية سياسية (James et al, 2010:2). وكعملية سياسية يتطلب من التغطية الصحية الشاملة سياسات وإجراءات قوية لإعادة التوزيع من قبل الدولة وعمليات شفافة لتخصيص الموارد عبر مجموعات المصالح المختلفة (Hysony et al., 2006:9). وقد وجد السياسيون أن توسيع التغطية الصحية إلى السكان المحرومين من الخدمات أمر شائع سياسياً وقد حصل على دعم كبير (Boushon et al., 2006:84).

### إحدى عشر:- أهداف التغطية الصحية الشاملة

يتمثل الهدف من التغطية الصحية الشاملة في ضمان حصول جميع الأفراد على الخدمات الصحية المطلوبة من دون شعورهم بالأعباء المالية الأزمة للحصول عليها ومن أجل الحصول على التغطية الصحية الشاملة هناك مجموعة العوامل التي يجب الاهتمام بها (WHO, 2019:2):-

1- نظام صحي سليم وكفؤ وقوي يلبي الاحتياجات الصحية ذات الأولوية من خلال الرعاية المتكاملة التي تركز على الأفراد من خلال أعلام الأفراد وتشجيعهم على البقاء في صحة جيدة والوقاية من المرض والكشف المبكر عن الظروف الصحية ، والقدرة على علاج المرض ، وكذلك المساعدة في إعادة التأهيل .

2- القدرة على تحمل التكاليف (نظام لتمويل الخدمات الصحية حتى لا يعاني الأفراد من صعوبات مالية عند استخدامه ويمكن أن يتحقق ذلك بطرق متعددة .

3- الحصول على الأدوية والتقنيات الأساسية لتشخيص وعلاج المشاكل الطبية.

4- القدرة الكافية للعاملين في المجال الصحي والمدربين تدريباً جيداً والمتحمسين لتقديم الخدمات لتلبية احتياجات المرضى بناءً على أفضل الأدلة المتاحة .

أما (Prager et al.,2018:3) فينظر لأهداف التغطية الصحية الشاملة بأنها عبارة عن ضمان لعدة مسائل هي :-

1- الوصول العادل للخدمات الصحية :- إذ تعني المساواة في الحصول على الخدمات الصحية أي لأولئك الذين يحتاجون إلى الرعاية الصحية يجب أن يحصلوا عليها بغض النظر عن قدرتهم على الدفع أي يتم تحديد الوصول إلى الخدمة الصحية حسب الحاجة .

2- الرعاية الصحية الجيدة :- يؤكد (Prager et al.,2018:3) بأن الخدمات الصحية المقدمة يجب ان تكون ذات جودة عالية بما يكفي لتعزيز الخدمات المتاحة أو تحسن صحة من يستخدمها.

3- الحماية من المخاطر المالية :- يجب أن تشمل التغطية الصحية الشاملة آليات للحماية من المخاطر المالية بحيث لا يدفع الأفراد الذين يستخدمون الخدمات الصحية إلى الفقر.

### اثنتا عشر :- أبعاد التغطية الصحية الشاملة

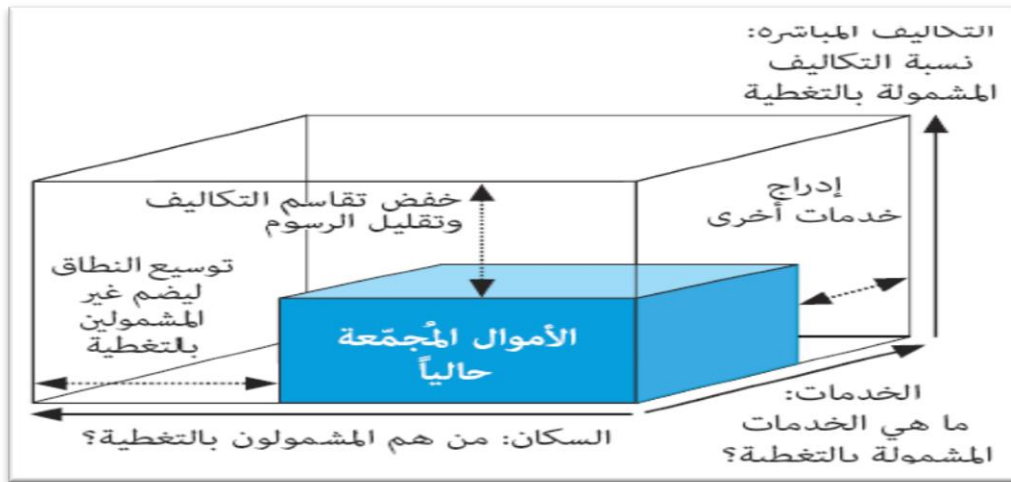
إن الهدف الاستراتيجي للتغطية الصحية الشاملة هو ضمان أن يتمكن كل فرد من استخدام الخدمات الصحية التي يحتاجها دون التعرض لخطر مالي أو فقر (Witter et al.,2016:9). وفي الأساس ، فإن دعم هدف التغطية الصحية يعني أيضاً التعبير عن الاهتمام بالإنصاف واحترام حق كل فرد في الصحة على مستوى العالم (Atun et al.,2013:66). ووفقاً لتعريف منظمة الصحة العالمية للتغطية الصحية الشاملة الذي يؤكد على ضرورة أن يتلقى جميع الأفراد والمجتمعات الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها دون معاناة مالية ، وهي تشمل مجموعة كاملة من الخدمات الصحية الأساسية عالية الجودة ، من تعزيز الصحة إلى الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل والرعاية التلطيفية" (Tao et al.,2020:2).

ووفقا للمفهوم أعلاه ، فإن التغطية الصحية الشاملة لها ثلاثة أبعاد رئيسة هي ( التغطية السكانية ، تغطية الخدمات الصحية ، و التغطية المالية ).

**1- التغطية السكانية :-** تعني التغطية الصحية الشاملة إمكانية حصول الجميع على خدمات صحية عالية الجودة دون صعوبات مالية ، ويتطلع جميع الأفراد إلى الحصول على رعاية صحية عالية الجودة وبأسعار مناسبة (Tichenor et al.,2017:334). وتسعى التغطية الصحية الشاملة إلى تحقيق نتائج صحية وتنموية أفضل ، والمساعدة على منع الأفراد من الوقوع في الفقر بسبب المرض ، وإعطائهم للأفراد فرصة ليعيشوا حياة أكثر صحة وإنتاجية إذ أن جميع أفراد المجتمع لديهم الحق في الاستفادة من مجموعة الخدمات ( الوقائية والعلاجية والتأهيلية )، وتنتهج البلدان سبلاً مختلفة كقيلة بتحقيق التغطية الصحية الشاملة وذلك وفقا للنقطة التي تبدأ منها مع توفير الكيفيات المناسبة التي تمضي بها ،(Ayo et al.,2012:100). وتتبع التغطية الصحية توفير خدمات الرعاية للأفراد بغض النظر عن الجنسية والوضع الاجتماعي والاقتصادي والانتماء السياسي ، ويجب توسيع التغطية الصحية لتشمل الأفراد الذين لم يتم تغطيتهم بالفعل للوصول إلى تغطية سكانية بنسبة 100 % كمقياس أجمالي، وأن يتم أعداد الخطط اللازمة لبلوغ هذه الغاية من البداية (Abihiro et al., 2014 :234) . وما سبق يتبين أن من أولويات منظمة الصحة العالمية هي توفير جميع الخدمات الصحية لأكثر عدد ممكن من السكان من خلال وضع الخطط والأهداف من أجل تحقيق ذلك

**2- تغطية الخدمات الصحية :-** تشمل الخدمات الصحية مجموعة من الإجراءات للوقاية والعلاج والرعاية الصحية ، ولا بد أن تكون هذه الخدمات كافية لتلبية الاحتياجات الصحية ( Mills et al.,2012:126). ولا بد أن تتغير مجموعة هذه الخدمات على مر الزمن مع ظهور تقنيات التكنولوجيا وعمليات البحث والابتكار لاسيما أنها تلعب دورا حيويا في جعل هذه الخدمات ذات كفاءة عالية (Carrin et al.,2008:857). ونظرا لأنه من الصعب توفير وصول جميع الأفراد إلى مجموعة كاملة من الخدمات الصحية مع ضمان الحماية المالية بسبب القيود المالية والقيود على القدرات في البلدان ، فقد تم تقديم فكرة مجموعة الخدمات الأساسية ، ويعتمد محتوى المجموعة الأساسية على عدة عوامل مثل القدرة الاقتصادية للدولة واحتياجاتها الصحية ذات الأولوية (Kutcher et al.,2015:15). إذ يجب على كل دولة تقييم مواردها المالية واحتياجاتها الصحية وتحديد أولويات هذه الاحتياجات لتغطية التدخلات الأكثر فاعلية من حيث التكلفة . ومن ذلك يتضح لنا أن من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة نعتقد أن هناك حاجة إلى نهج متكامل لتقديم الرعاية الصحية لتحسين الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية للجميع.

3- **التغطية المالية** :- تعد مسألة توفير الحماية من المخاطر المالية ومواصلة كيفية توفيرها في غاية الأهمية إذ نجد أنه في ظل التقشف الاقتصادي المنتشر على نطاق واسع تكون اغلب البلدان حتى تلك التي تصنف بأنها ذات دخل مرتفع تكافح من أجل مواصلة تقديم الخدمات الصحية عالية الجودة والتأكد من أتاقتها بتكلفة ميسرة للجميع (Verrecchia et al., 2019:11). إذ يهدف هذا البعد إلى حماية الأفراد من العواقب الاقتصادية للاستفادة من الخدمات الصحية ، ومن أجل تحقيق هذه النية ، يوصى بآليات تمويل الرعاية الصحية المدفوعة مسبقاً ( Barter et al., 2012:12) . تخدم الآليات المدفوعة مسبقاً غرضين هما : الأول هو أن آليات الدفع المسبق ، لا تطلب من مستخدمي الرعاية الصحية دفع مبالغ كبيرة عند الاستخدام ، وبالتالي تقليل النفقات الصحية . إما الثاني فهو من خلال تعزيز جانب الإنفاق بغرض مساهمات تدرجية مصنفة حسب الدخل لتمويل الخدمات الصحية حيث يدعم الأغنياء الأفراد الفقراء من خلال دفع مساهمات أعلى (Francois et al., 2016:35). وتتمثل روية التغطية الصحية الشاملة في عام 2030 في أن تصل الخدمات ولأدوية عالية الجودة إلى كل فرد في المجتمع وأسعار معقولة ، ولن يشمل ذلك تعزيز الأنظمة المالية فقط ، بل إعادة تطوير الكيفيات التي تعمل بها أنظمة الرعاية الصحية (Carrin et al., 2004:15). والشكل (5) يوضح التأثير المتبادل بين أبعاد التغطية الصحية الشاملة

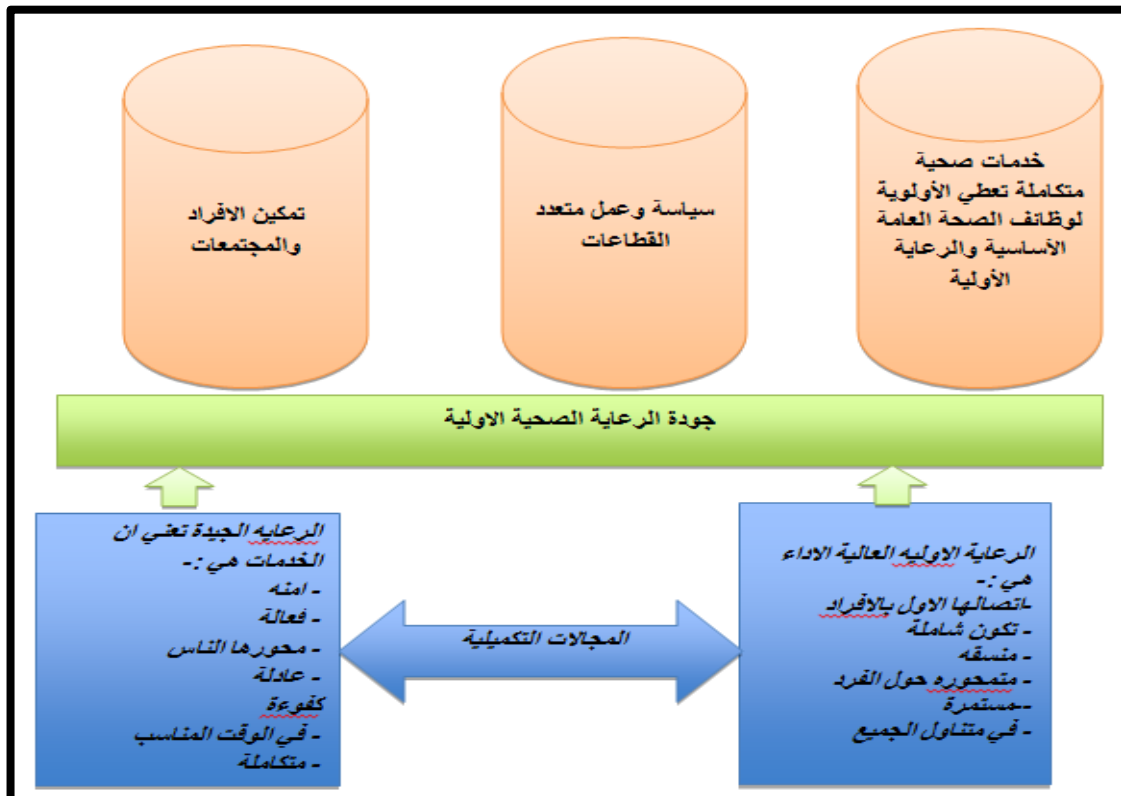


الشكل ( 5 )

التأثيرات التي تنتجها إبعاد التغطية الصحية الشاملة

**Source:** Evans DB et al. 2010, Health systems financing: The path to universal coverage.1515 World Health Report. Geneva: WHO.

ثلاثة عشر :- العلاقة بين الرعاية الصحية عالية الجودة والتغطية الصحية الشاملة وبيئة النظام الصحي  
تؤكد أهداف التنمية المستدامة على الالتزام العالمي بتحقيق التغطية الصحية الشاملة بحلول عام 2030، وهذا يعني " ضرورة حصول كافة الأفراد والمجتمعات في كل مكان بالعالم على الخدمات الصحية عالية الجودة دون مواجهة إي ضائقة مالية (5:2018,WHO). وان الطريقة التي نقيس بها التقدم المتحقق في التغطية الشاملة تكون من خلال التغطية الفاعلة للخدمات الصحية الأساسية والحماية المالية، ولكن حتى لو حقق العالم التغطية الصحية والحماية المالية؛ فان النتائج الصحية ستبقى ضعيفة إذا كانت الخدمات منخفضة الجودة وغير آمنة (Kosherbayeva, 2016:78). لذلك تعد الرعاية الصحية عالية الجودة أساس الأنظمة الصحية القوية نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة وتحقيق أهداف التنمية المستدامة (Redmon et al., 2014:135). لكونها تهدف الرعاية الصحية عالية الجودة إلى تحسين النتائج الصحية من خلال الخدمات الصحية المتكاملة والمنسقة، والاستجابة للاحتياجات الصحية على مستوى الفرد والمجتمع (99:2012,Ayo). والشكل ( 6 ) يوضح العلاقة بين الرعاية الصحية عالية الجودة والتغطية الصحية الشاملة وبيئة النظام الصحي.



شكل ( 6 )

العلاقة بين جودة الرعاية الصحية وتحقيق التغطية الصحية الشاملة وبيئة النظام الصحي

Source: World Health Organization. (2018). Quality in primary health care (No. WHO/HIS/SDS/2018.54). World Health Organization p2.

## المبحث الثاني

## القيمة المتحققة للزبون

توطئة:

أن قيمة الزبون هي خط بحث حديث يحظى باهتمام متزايد من جانب المسوقين ، إذ ينبع هذا الاهتمام في الغالب من الأهمية التي تعطيها المنظمات الحالية لخلق القيمة لمختلف الزبائن المستهدفة ، وتعد القيمة مكونا مهما للتسويق بالعلاقات ، كما أن قدرة المنظمة على توفير قيمة أعلى لزبائنها واحدة من أكثر الاستراتيجيات نجاحا في القرن الحالي ، إذ أصبحت هذه القدرة وسيلة للتمايز ومفتاحا لكيفية الحصول على ميزة تنافسية مستدامة.

## أولا :- مفهوم قيمة الزبون

أن أصل مصطلح قيمة الزبون (Perceived Value) تم تقديمه في بداية الستينات من القرن الماضي من قبل (Bauer) ووصفها بأنها حالة التأكد التي يشعر بها الزبون والتي تعزز سلوك أو فعل لاحق يقوم به عند شراء المنتج أو استخدام الخدمة ، وتبلور هذا المصطلح على يد (Zeithaml 1988) وأصبحت القاعدة الأساسية لكل نشاط تسويقي ( Georges et al.,2004:66). إذ تعود بداية نشأة قيمة الزبون إلى فترة الانتقال من شعار الزبون هو الملك إلى توظيف العلم في تحديد الرغبات الحقيقية للزبون والقيمة المضافة له، ويعود جزء كبير من هذا الموضوع إلى حركة تطور الجودة وعلى وجه الخصوص إلى توظيف معايير رضا الزبون (Brilman, 2001:91). وقد أصبحت المنافسة بين المنظمات صعبة يوما بعد يوم مما أدى ذلك إلى قيام المنظمات بالتحقيق في طرائق جديدة للحفاظ على زبائنها ، وفي تسعينات القرن الماضي ظهرت فكرة جديدة ومفيدة سميت القيمة المتحققة للزبون، اكتسبت اهتماما كبيرا في ذلك الوقت ولا زالت بنفس الدرجة من الاهتمام (Cengiz et al., 2007:252). وينظر إلى قيمة الزبون على نطاق واسع بأنها جوهر الأعمال التجارية، إذ يمكن أن تكون بمثابة مصدر للميزة التنافسية بعيدة الأمد للمنظمات فيما لو تم تصورها وقياسها بشكل صحيح ، وتحليلها ثم ترجمتها إلى إجراءات للمنظمة (Stepien, 2017 :100). وأن عملية الوصول إلى تعريف لمفهوم القيمة المتحققة للزبون ليس سهلا خصوصا مع اتفاق العلماء بأنه لا يوجد تعريف متفق عليه لذلك المصطلح (Ullakonoja , 2011: 26). إذا أن مفهوم القيمة للزبائن معقد للغاية ولا يمكن تعريفه على وجه التحديد، مع الأخذ في الاعتبار أن مستخدمي المنتجات أو الخدمات يتوقعون منافع مختلفة ، بالإضافة إلى ذلك يعتمد تعريف القيمة أيضا على السياق التي يتم تطبيقها فيه وذلك نظرا لاستخدامها على نطاق واسع في العديد من المجالات ، بما في ذلك قطاع الخدمات

(Sapic et al.,2014:294). وتناول الباحثين مفهوم قيمة الزبون بشكل واسع ومن عدة جوانب ، والجدول (11) يعرض البعض من هذه المفاهيم

جدول (11) مفهوم قيمة الزبون من وجهة نظر بعض الباحثين

ت	الباحث والسنة ورقم الصفحة	المفهوم
1	(Leung ,2005: 1-2)	التقييم الكلي الذي يصنعه الزبون حول منفعة العلاقة مع المنظمة المقدمة للخدمة وهذا التقييم مستمد من إدراك الزبون لما يتلقاه ويعطيه أخذاً في الحسبان المتغيرات الوظيفية والمالية والعاطفية والاجتماعية والتي تتفاعل جميعها وتؤثر على بعضها البعض للحصول على التقييم النهائي.
2	(Moliner et al.,2007: 199)	متغير ديناميكي يتم تجربته أيضاً بعد الاستهلاك ، ومن الضروري تضمين ردود الفعل الذاتية أو العاطفية التي يتم إنشاؤها.
3	(Johnson,2008: 429)	مفهوم معقد يمثل أكثر من مجرد تقييم أو مبادلة ما بين المنفعة والسعر ، إذ إن السعر بحد ذاته مفهوم غامض وخداع (مثير) يضم اعتبارات أخرى هي ( الوقت ، الجهد، البحث) والتي تعد كلف غير نقدية يتحملها الزبون من أجل الحصول على المنتج.
4	(Heskett, 2009: 68)	نسبة عملية الجودة والنتيجة التي يتم تسليمها للزبائن مقارنة بالسعر، والتكاليف الأخرى للحصول على الخدمات .
5	(Choo et al., 2012:83)	تفضيل الزبون وتقييم السمات وأداة السمة والنتائج التي يتم إدراكها من خلال عملية الاستهلاك .
6	Erragcha et ) (al.,2012:252	تمثل قيمة الزبون 1- العلاقة بين المنافع المدركة للمعاملات والتضحيات المدركة ، إذ تضم التضحيات المدركة جميع الكلفة المرتبطة بالشراء والاستخدام مثل ( السعر ، والنقل ، والصيانة، والانتظار)، بينما



تضم المنافع المدركة الميزات المادية والخدمية التي يدركها الزبون بالمنتج أو الخدمة . 2- تقييم الزبون لمدى منفعة المنتج وذلك على أساس ما يدركه وما يتحصل عليه من المنتج.		
إجراء تقييم شامل للتكاليف والمنافع الفعلية ( الملموسة وغير الملموسة).	(Jung , 2013: 237)	7
ما يحصل عليه الزبائن من ( المنافع والجودة والقيمة والمنفعة) من شراء واستخدام منتج معين مقابل ما يدفعونه من (سعر وتكاليف ) بما يؤدي إلى موقف تجاه المنتج أو ارتباط عاطفي به.	(Saniati et al.,2013:1065)	8
حاصل طرح التكاليف الكلية التي يتحملها الزبون من المنافع المدركة والمستلمة من المنظمة .	(Walter et al., 2014: 182)	9
الارتباط العاطفي الناشئ بين الزبون والمنتج أو الخدمة جراء استخدامه لهم وشعوره بأنه تلك المنتجات تقدم قيمة مضافة له .	Asgarpaur et al.,2015 ) (:635	10
الرابطه العاطفية الراسخة بين الزبون والمنتج ، إذ يتم إدراك القيمة بعد أن يستخدم الزبون المنتج ويجده أنه يحتوي على قيمة مضافة.	(Heyns ,2016 :14)	11
الفرق بين الفوائد التي يراها الزبون من عرض السوق وتكاليف الحصول على هذه الفوائد.	(Perrea et al.,2017:20)	12
التقييم العام للزبون لصافي قيمة الخدمة أو المنتج بناءً على عملية تقييمه لما يتم تلقيه ( المزايا التي تقدمها الخدمة) مقابل ما يتم تقديمه( التكاليف ، وقت التضحية والجهد وتكاليف الفرص البديلة في الحصول على الخدمة واستخدامها .	(Upmannyu et al.,2017:9)	13
وسيلة لا تستخدم من قبل المنتجين فقط لإرضاء الزبائن ، وإنما هي عملية مشتركة بين المنتجين والزبائن .	(Zhang et al., 2017 : 229)	14



القيمة التي يدركها الزبائن كجزء من المفهوم الذي يتألف من الفوائد المتلقاه (الاقتصادية والاجتماعية والعاطفية) والتضحيات المقدمة (السعر والوقت والجهد والمخاطر والراحة) من قبل الزبون .	(Felania,2018:122)	15
إدراك قيمة المنتج أو الخدمة بالنسبة للزبون مقابل البدائل الممكنة ، إذ يشعر الزبون أنه حصل على مزايا وخدمات مقابل ما دفعة.	(Mahajan,2020:119)	16
هي تقييم الزبائن لقيمة المنتجات والخدمات وجهات اتصال الخدمة والمعلومات والعناصر الأخرى التي اشتراها الزبون .	(Liu et al.,2020 :6)	17

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على الأدبيات الواردة فيه.

مما تقدم تعرف الباحثة قيمة الزبون على أنها مقارنة داخلية يجريها الزبون بين المزايا التي تقدمها المنظمة له في منتجاتها ، أو خدماتها وبين السعر الذي يطلب من الزبائن دفعه للحصول على تلك المنتجات أو الخدمات .

### ثانيا : أهمية القيمة المتحققة للزبون:-

تتبع أهمية القيمة المتحققة للزبون من وظيفتها المزدوجة ، إذا أنها ليس فقط تؤثر في الشراء المسبق ، ولكنها أيضا تؤثر على رضا الزبائن ونية التوصية وإعادة السلوك في مرحلة ما بعد الشراء (Raji et al.,2016: 59). يضاف إلى ذلك إنه بعد شراء واستخدام المنتج أو الخدمة تتكون لدى الزبون نظرة وحكم على مدى ملاءمة ونجاح المنتج في تلبية حاجات ورغبات الزبون ، وهذا الحكم مبني على تقييم شخصي بناء على الحاجات والرغبات ، والقيمة التي كان يتوقعها ، وحجم ونوع المنافع التي حصل عليها من جراء استخدامه للمنتج فبناءً على هذه الأمور الثلاثة تتحدد القيمة المدركة من قبل الزبون ، ويمثل الفهم العملي من قبل المنتج للطريقة التي يدرك بها المشترون هذه القيمة بعد استخدام المنتج مشكلة معقدة للغاية وصعبة تتطلب معلومات مفصلة عن مستخدمي المنتج ، وينظر الزبائن إلى أن تلك الفوائد التي يقدمها المنتج ، والتي تتضمن تحديد قيمته ، قابلة للقياس أو غير قابلة للقياس الكمي أو أقل واقعية (Deac ,2016: 45). بالإضافة إلى ذلك تتضمن قيمة الزبون السمات المدركة للمنتجات والخدمات والسمات المدركة البديلة ،

بينما السعر المدرك يشمل السعر المدرك للمنتجات والخدمات والسعر المدرك للبدائل (Johnson et al.,2004: ).

ويمكن للزبائن الاستمتاع بالمنافع مباشرة أو غير مباشرة باستخدام منتجات أو خدمات ، وأن المنافع المباشرة تنشأ من المنتجات والخدمات ، في حين يتم تحقيق المنافع غير المباشرة من خلال علاقة العمل (Lapierre,2000: 125). ويرى (Petrick,2002:123) أن هذه المنافع تشمل العناصر الملموسة وغير الملموسة ، واستعداد العاملين لتلبية متطلبات الزبائن والمكافآت الاجتماعية والخبرة وبالإضافة إلى السمات المميزة للمنتج أو الخدمة ، ويتوقع الزبائن أيضا مزايا مختلفة أثناء التعامل اللائق والمهذب من قبل العاملين ، وكذلك توفير خدمات إضافية ( الصيانة والتركييب وما إلى ذلك).

واستعرض (Huang et al.,2003:46); (Blois,2004:251); (Donovan et al.,2013: 67) أهمية قيمة المتحققة للزبون في النقاط التالية :-

- أ - أصبح الزبائن أكثر ذكاءً وتطلعا وبحثا عن المنظمات الأفضل التي تقدم أعلى قيمة لهم.
- ب - يفيد تقديم القيمة المتحققة للزبون في جعل المنظمة في مناصب قيادية خاصة بالأسواق ذات التنافسية العالية.
- ت - تعد قيمة الزبون مفتاح النجاح لإستراتيجيات الأعمال في القرن الحادي والعشرين.
- ث - القيمة المدركة التي يدرك الزبون الحصول عليها ويفهم كيفية تحقيقها وكيفية تعظيم إدراكه لها تكون على أساس تحقيق الميزة التنافسية، كما أن الميزة التنافسية التي تحققها المنظمة يجب أن تنعكس في القيمة المقدمة للزبون.
- ج - القيمة هي المحرك الأساسي للقرار الشرائي وتؤدي لتحقيق مستويات مرتفعة من الرضا والولاء وهو الموجه للأداء العالي.
- ح - القيمة هي وسيلة جيدة للتنبؤ بسلوك الزبون تساعد على قياس درجة رضاه ، وهي الأساس في تكوين علاقات جيدة مع الزبائن .
- خ - القيمة تساعد في ايجاد الطرائق التي تعظم المنافع المادية ، وغير المادية ، وتخفف تكاليف الزبون وتحسن منفعتة.
- د - تفيد القيمة في الحصول على قيمة مميزة تؤدي إلى تحسين نمط الحياة للزبون النهائي، وزيادة قيمة مخرجات المشتري.
- ذ - القيمة ذات توجه إستراتيجي فهي تتفق مع محركات القيمة التي تؤثر على الزبون، وتجذبه وتشعره بحصوله على قيمة عالية من منتجات أو خدمات المنظمة.

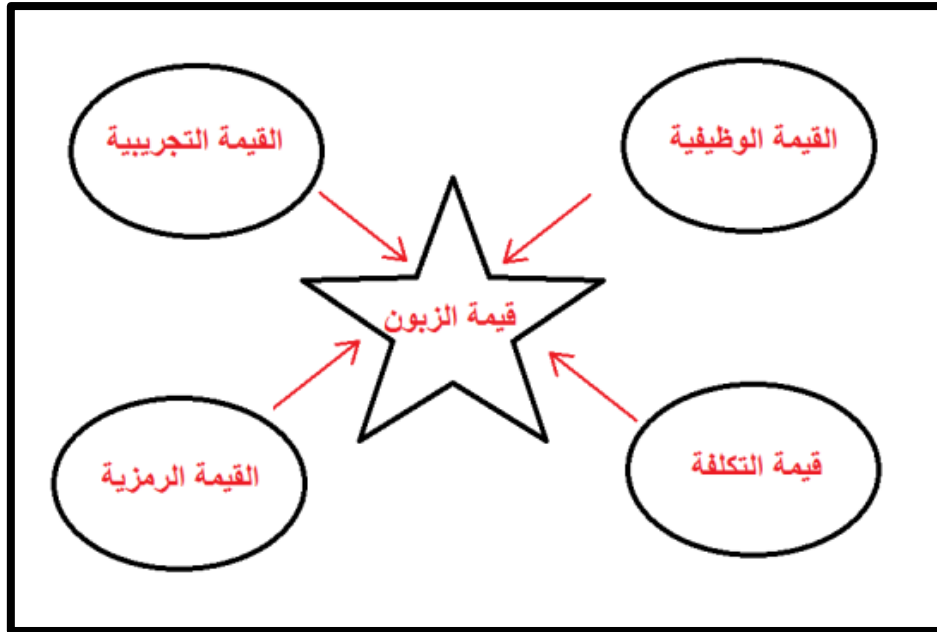
ر - القيمة هي خطوة أولى لقياس محركات القيمة حتى تتمكن المنظمة من إعادة هيكلة العمليات والوظائف المختلفة لبناء قيمة مميزة.

ز - تتعلق القيمة بإدراك وخبرة الزبون بشراء واستخدام المنتج او الخدمة وليس كما يفهمها المنتج فهي لدى الزبون أهم من مفهوم الجودة طالما تحقق أهدافه وميوله بحيث تختلف تلك القيمة باختلاف الأشخاص والمواقف.

### ثالثاً : أنواع قيمة الزبون:-

قيمة الزبون هي إطار مفهوم متعدد الأوجه مع العديد من المعاني والدلالات ، إذ رأى بعض الباحثون أن قيمة الزبون هي اقرب إلى الفرد ، وأحياناً يعتقد آخرون بأنها اقرب إلى المنفعة، ولا يزال البعض يضعها بين الاستهلاك والأعمال (Paananen et al.,2013:711). وتمثل القيمة مفهوم مركزي في جميع الخدمات ، وذلك لأن الهدف النهائي لأنشطة الخدمة هو تسهيل خلق قيمة للزبون (Gronroos,2008: 298). ويتم إنشاء قيمة للزبون من خلال الأداء التنظيمي المتفوق الذي تحركه الجهود الجماعية للعاملين المدعومة بالأنظمة والعمليات التنظيمية التي لها تأثير على المجتمع ككل (Beukes,2016:15).

وقد حدد (Shanker ,2012: 19) ; (Smith et al.,2007) أطواراً عاماً لخلق القيمة للزبون من خلال أربعة أنواع رئيسة للقيمة يمكن للمنظمات أن تخلقها للزبائن أنظر الشكل (7) :-



الشكل (7) أنواع قيمة الزبون

المصدر: من إعداد الباحثة

1- القيمة الوظيفية / الفعالة :- وتمثل السمات العامة التي تخص المنتج أو الخدمة ، وتحدد مدى منفعة المنتج أو الخدمة من تحقيق الأهداف المتوقعة للزبون.

2- القيمة التجريبية / المتعة :- المدى الذي يسهم به المنتج من خلال الخبرات السابقة في تحسين المشاعر والعواطف للزبون.

3- القيمة الرمزية / المعبرة :- المدى الذي يتم من خلاله ترسيخ الأثر النفسي للمنتج لدى الزبون

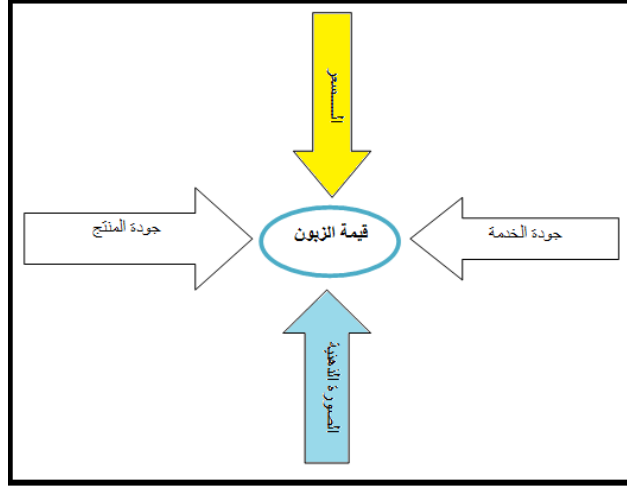
4- قيمة التكلفة / التضحية :- التكلفة أو التضحية والتي من شأنها أن تترافق مع استخدام المنتج . إذ أن السعر يمثل أحد أهم المكونات التي تحرك تصورات القيمة، ويمثل عنصر بارز يمكن أن يؤثر على تقييم الزبائن للخدمات ( Morar, 2013 : 171 ). وأن تقييم الزبون الكلي لمنافع المنتج بالاستناد على ما يقدم من التضحيات ، والأداء المدرك لاحقاً عند استخدامه المنتج ، إذ أن الزبون يكامل في ذهنه تصورا لما يود أن يحصل عليه ، وما عليه أن يتخلى عنه لغرض الحصول على المنتج (Kuo et al.,2009: 4).

مع فهم المنظمة المهمة والأهداف والاستراتيجيات واحتياجات وتوقعات زبائننا ، يمكنها تطوير عرض القيمة لتقدمها بأعلى مستوى لزبائننا ، وهذا سوف يسمح للمنظمة بجذب زبائن جدد والاحتفاظ بالزبائن الحاليين ، فإذا زادت المنظمة من القيمة لزبائننا فإنها ستحقق النجاح في عملها (Zineldin,2006: 432).

#### رابعا : مكونات قيمة الزبون :-

لدى الزبائن اليوم توجه قوي نحو القيمة التي تبحث عن الجودة والنتيجة التي تتجاوز السعر الذي يدفعونه مقابل المنتج أو الخدمة (Thielemann et al.,2018:27).وتحتاج منظمات الأعمال إلى أن تصبح موردة للقيمة ، إذ يجب على كل شخص القيام بذلك بطريقة مختلفة عن الآخرين أخذاً ذلك في الاعتبار، وستسمح لهم هذه المهارة بأن يميزوا أنفسهم ويحسنوا نتائجهم بالشكل الذي يزيد من احتمالات بقائهم في المستقبل (Razavavi et al., 2012:30). ويتم صياغة القيمة المتحققة للزبون على أساس مختلف مراحل عملية قبل الشراء ، ويعتقد أن القيمة التي يدركها الزبون هي قيمة أعلى مرتبة وذاتية وأكثر ثباتاً في الحكم ( رد فعل ) من أرضاء الزبون (Alshibly, 2015:23). ويتم تسهيل عملية خلق القيمة وتعزيزها من قبل المنظمة التي تنتج المنتج الذي يخلق قيمة محتملة للزبون ، أي القيمة المدركة ( Leroy-Weroi et al., (2014:431).

وتتكون القيمة للزبون من أربعة مكونات رئيسة كما في الشكل (8) وهي (السعر، الصورة الذهنية، جودة المنتج، جودة الخدمة) والأتي توضيح مبسط لأي منها :-



شكل (8) مكونات قيمة الزبون

Source: Naumann , E. (2002), “ Creating Customer Value : The Linkage between customer value.customer satisfaction,p2.

أما مكونات قيمة الزبون التي ذكرها (Elg et al., 2008:7) فهي الأتي:-

**1- السعر** :- يعرف تسعير القيمة المتصورة بأنه أسلوب يركز على الزبون ويعطي الأولوية لتقييم منتج الزبون فوق التكلفة والمنافسة واعتبارات أخرى (Rao et al., 2009:29). ورأى (Kotler et al.,2004:333) بأن السعر هو قيمة المال الذي يدفع مقابل المنتج أو الخدمة، أو مجموعة القيم التي يدفعها الزبائن مقابل المنافع التي حصلوا عليها لاستخدامهم المنتج أو الخدمة. وذكر (Kotler et al., 2012: 421) أن مفتاح تسعير القيمة المتصورة هو تقديم قيمة فريدة أكثر من المنافس . ويبدأ تسعير القيمة بتحديد احتياجات الزبائن ، ثم يتم تحديد الأسعار على أساس القيمة المقدمة . بعد ذلك، يحاول مقدم الخدمة تقليل التكاليف التي يتكبدها تحسين العمليات بناءً على احتياجات الزبائن (Thielemann et al., 2018: 28). وبذلك يمثل السعر التضحية الإجمالية التي وافق عليها الزبائن عند شراء المنتج ، إذا يقارن الزبائن بشكل منهجي هذه التضحية بالقيمة التي ينسبونها إلى المنتج الذي يعتمون شرائه، مع الأخذ في الاعتبار السلوك الشرائي للزبائن ( Deac et al.,2014: 461 ).

**2- الصورة الذهنية** :- تلعب الصورة الذهنية (السمعة) للمنظمة المنتجة والعلامة التي تقدمها دوراً هاماً في تقييم الزبون للمنافع التي يأمل الحصول عليها لكونها تعكس أبعاداً حقيقية في أداء

المنتج (Elg et al.,2008:7). ويعد تقديم قيمة فائقة للزبائن إستراتيجية أساسية للمنظمات لإكتساب ميزة تنافسية ونجاح بعيد الأمد، وبالإضافة إلى ذلك ، يتخذ الزبائن قرارات الشراء بناءً على القيمة المدركة، أو درجة تلبية احتياجاتهم وتوقعاتهم حول جودة المنتج أو جودة الخدمة أو السعر (632: 2015, Asgarpour). ورأى (Kim et al.,2011: 431) أن الصورة الذهنية الجيدة مهمة جداً عندما يحتاج الزبائن لتقييم منتج جديد أو خدمة ، فذلك يساعد على اختيار علامة محددة ويسهل اتخاذ قرار الشراء ، فالصورة الذهنية موجه رئيس لخلق ارتباطات ذات علاقة في أذهان الزبائن.

**3- جودة المنتج :-** تشير جودة المنتج إلى السمات المادية للمنتج الذي يقدم للزبون ، وهذا يتضمن إمكانية الإنتاج بالجودة المناسبة والقدرة على إنتاج معين (7: 2008, Elg et al.). وأن الشيء الوحيد المهم في عالم الجودة اليوم هو تقديم قيمة للزبائن ، إذ يعد إنشاء القيمة جزء من الأهداف المهمة ، ويعدده العديد من الباحثين أهم مفاتيح النجاح على الأمد البعيد ( Sweeney et al., 203: 2001). وأن المنظمات التي تركز على قيمة منتجاتها هي منظمات أكثر مرونة ، وأكثر استمرارية وأكثر نجاح من كل المنظمات الأخرى (Barrett, 2010: 14).

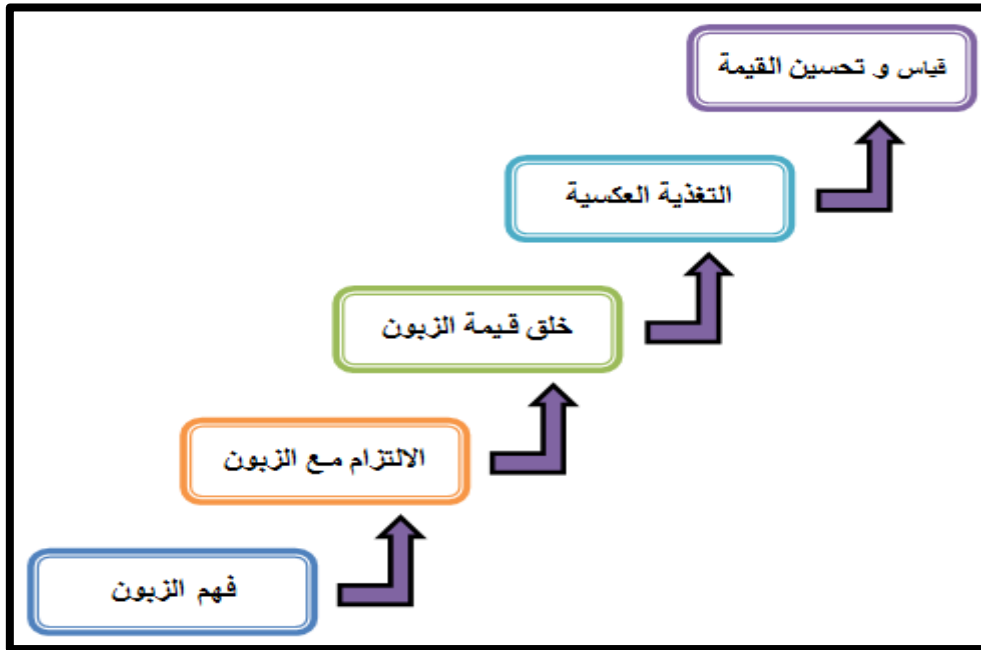
**4- جودة الخدمة :-** تم الاعتراف بجودة الخدمة على نطاق واسع ومهم باعتبارها قضية مهمة في العديد من الصناعات والخدمات لأنها تساعد المنظمة في تعزيز أرباحها وأرضا الزبائن والاحتفاظ بهم ، من خلال توفير جودة خدمة ممتازة (Hapsari,2015:389). إذ يمثل الزبون محور الجودة ، وهذا يعني أن على المنظمة أن تحدد مستوى جودة الخدمات من وجهة نظر الزبون وليس من وجهة نظرها ، وأن تحقيق مستوى عالي من الجودة أصبح هدفاً تسعى إليه جميع المنظمات العاملة في القطاع العام أو الخاص ومهما كان نوعها (إنتاجية أو خدمية). وأوضحت الدراسات أن جودة الخدمة تحرك القيمة المدركة للزبائن ، فإذا كان الزبائن ينفقون أموالاً ووقتاً وطاقة أقل مقارنة بجودة الخدمة التي يتلقونها ، عندها سوف يدرك الزبون القيمة العالية المدركة للخدمة ، (Hapsari,2016: 390).

#### خامساً: مراحل خلق القيمة ومعوقاتها

تعد القيمة المتحققة للزبون بمثابة خيار إستراتيجي فريد بل ضرورة عرضها التميز في بيئة الأعمال ، إذ تحرص المنظمات على تقديم قيمة متفوقة لزبائنهم لنيل فرصة البقاء وتعظيم الأرباح والحصة السوقية الأكبر مقارنة بمنافسيها (67: 2013, Donovan et al.). وتولي المنظمات بالوقت الحاضر أهمية كبيرة لخلق قيمة متفوقة للزبائن المستهدفين ، إذ تعد القيمة عنصراً مهماً

في عملية التسويق ، وأن قدرة المنظمة على توفير قيمة متفوقة لزبائنها تعد واحدة من أكثر الإستراتيجيات نجاحا ، لان هذه القدرة أصبحت وسيلة للتمايز ومفتاح لتحقيق الميزة التنافسية (Kainth et al.,2011:21). وذكر (Nicholas et al.,2002:35) خمس مراحل تتبعها المنظمات من أجل خلق قيمة لزبائنها وهي كما في الشكل (9) :

- 1- فهم الزبون : ومعرفة احتياجاته وتوقعاته وكيفية إدراكه للمنافع التي يحصل عليها وتتضمن تخطيط السوق ، وفهم توقعات الزبائن بخصوص القيمة ، واكتشاف الأجزاء السوقية حسب القيمة ، وتقييم الحالة التنافسية ، واختيار العناصر السوقية المستهدفة.
- 2- الالتزام مع الزبون : بخصوص الجدية وتوقعاته من خلال تحديد إستراتيجية لكل جزء سوقي ، وتطوير عرض متفوق ، وكذلك تحديد مؤشرات ومعايير الاداء.
- 3- خلق القيمة للزبون من خلال : تطوير ثقافة الالتزام لدية ، تخطيط خلق القيمة الناتجة عن العمليات والانشطة، وتحديد المهارات والكفاءات المشاركة في خلق القيمة .
- 4 - التغذية العكسية : حول ملاحظات الزبون بخصوص القيمة المضافة وتقييمه للمنتج ويمكن ذلك بطلب استباقي حول الملاحظات أو عبر مراجعة الشكاوى أو بتقييم الأداء وفق توقعات الزبائن .
- 5 - قياس وتحسين القيمة : وذلك من خلال تقييم الأثر التسويقي بقيمة الزبون والمساهمة في توفير الربحية والدعم للزبائن وإثراء القيمة.



الشكل (9) مراحل خلق القيمة ومعوقاتهما

المصدر: من إعداد الباحثة

أن تقديم قيمة حقيقية للزبون يجب أن يكون أحد أهم أهداف المنظمة وذلك لأن القيمة هي حجر الأساس لنجاح العلاقات بين المنظمة والزبائن (Lemon *et al.*,2001: 21). وأذا ما كانت منتجات أو خدمات المنظمة لا تلبي احتياجات الزبون ورغباته ، فإن إستراتيجية التسويق تكون معيبة ويمكن أن تقلل من قيمة الزبون (Kim *et al.*,2006: 308). ويذكر ( Foster,2003: ) (2-3) بعض معوقات خلق القيمة للزبون :

- 1- الاهتمام بالتحسينات المالية قصيرة الأجل وتفضيلها على الولاء طويل الأمد.
  - 2- عدم إشراك المدير التنفيذي الرئيسي بمسؤولية خلق ولاء وقيمة للزبون.
  - 3- عدم النظر إلى مسؤولية خلق الزبون من خلال العمل الجماعي والمسؤولية المشتركة من دون أن تتحدد المسؤولية بشخص ما أو نشاط آخر.
- سادسا : أبعاد قيمة الزبون:-

منذ بداية البحث التسويقي الأكاديمي ، وخلال خمسين عام مضى أهتم الباحثين بعملية خلق القيمة وأسنادها (Gallarza *et al.*,2011: 725). وعلى الرغم من كونه أن مفهوم القيمة هو مفهوم أساسي وجوهري ، فقد اتفق الباحثين منذ مدة بعيدة على عدم الاتساق فيما يتعلق بطبيعة القيمة المدركة أو تطور خصائصها (Werelds *et al.*,2014: 430). وعليه ولأن المفهوم ظل غامضاً، فقد ثبت أن قياسه بعيد المنال بالرغم من المقترحات الملموسة المختلفة لتوسيع نطاق القيمة المدركة ( Martin *et al.*,2008: ). لذلك تمت إعادة النظر في المفهوم باستمرار، وفي الواقع ربما تكون القيمة مجرد وهم في العلوم الإدارية والاجتماعية، لكنها أثبتت أنها مقنعة (Arnould,2014: 29). وبذلك أصبحت قيمة الزبون سلاح إستراتيجي في جذب والاحتفاظ بالزبائن، كما أنها أحد أهم العوامل التي تتحكم بنجاح منظمات الإنتاج ومقدمي الخدمات ( Wang *et al.*,2004:169).

ومع المنافسة التجارية الشديدة والمتزايدة بشكل مستمر ، والاتجاه القوي للعولمة ، لقد تغير دور الزبون من مجرد مستهلك لدور متعدد الأوجه كمستهلك، متعاون ، منتج مشارك ، مبتكر ، مطور المعرفة والكفاءات والذي يشير إلى موقع أكثر أهمية من أي وقت مضى ( Wang *et al.*, 2004:171). وأن توضيح أبعاد قيمة الزبون المدركة أمر بالغ الأهمية للمنظمات في السوق العالمية، خاصة تلك التي تعمل في الأسواق الناشئة ، وعلى وجه التحديد أكثر ، ويشير التحول إلى اقتصاد موجه نحو السوق على وجه التحديد إلى أهمية التركيز في قيمة الزبون ( Nguyen *et al.*,2015: 1). والجدول (12) يعرض بعض الأبعاد التي تناولتها الأبحاث السابقة لقيمة الزبون.



الجدول (12) أبعاد قيمة الزبون من وجهة نظر بعض الباحثين

الباحث والسنة	ابعاد قيمة الزبون
(Kotler et al., 1995)	- القيمة المتوقعة - القيمة المتحققة
(Lovelock ,1996)	- قيمة ما قبل الاستخدام - قيمة ما بعد الاستخدام
(Woodruff , 1997)	- القيمة العاطفية - القيمة الوظيفية - القيمة المالية
(Parasuraman et al., ) (2000)	- قيمة الاكتساب - قيمة المعاملة - قيمة قيد الاستخدام - قيمة الاسترداد
(Sweeney et al., 2001)	- القيمة وظيفية ( الجودة والسعر) - القيمة الاجتماعية - القيمة عاطفية
(Smith et al.,2007)	- القيمة الوظيفية - القيمة الاختبارية (متعة) - القيمة الرمزية ( معبرة) - القيمة والتكلفة ( التضحية)
(Kotlar ,2009)	- القيمة الوظيفية - القيمة العاطفية - القيمة الاجتماعية
(Williams et al.,2009)	- قيمة وظيفية - قيمة مالية - قيمة اجتماعية - قيمة عاطفية - قيمة معرفية

- القيمة الرمزية - القيمة الوظيفية	(Chen et al.,2010)
- القيمة الوظيفية - القيمة الاجتماعية - القيمة العاطفية - القيمة المعرفية	(Luis , 2011)
- الجودة - السعر - القيمة العاطفية - القيمة الاجتماعية	(Eid et al.,2015)
- القيمة المعرفية (الكفاءة ، الارتباك) - القيمة العاطفية (الإثارة ، الهدوء ، الإحباط ، التوتر)	Lucia-palacioc et al., ) (2016)

المصدر :- من أعداد الباحثة حسب الأدبيات المتيسرة

وبحسب دراسة ( Wang et al., 2004:171 ) تتناول الدراسة الحالية الأبعاد الآتية لتناغمها مع توجهات الدراسة وأهدافها.

**1- القيمة الوظيفية :-** ينظر تقليدياً إلى البعد الوظيفي على أنه يشمل الجوانب المتعلقة بالخدمة العملية أو تفاعل مزود خدمة الزبائن (Heinonen ,2004: 89). هي المنفعة المتوقعة من تقديم الخدمات ، إذ إن القيمة الوظيفية للخدمات يتم اشتقاقها من الصفات والميزات ومنها الموثوقية والسعر ، ويمكن قياسها اعتماداً على الجانب النقدي الوظيفي ( Abdolvand et al.,2011:163). ويرى علماء إدارة الأعمال أن الزبائن قد يستخدمون نفس المعايير للحكم على القيمة مسبقاً أو لاحقاً ، وأن الجوانب المختلفة للقيم للزبائن لها تأثيرات مختلفة في نقاط مختلفة في عملية الاستخدام للمنتج أو الخدمة (Paananen et al., 2014: 713). وأشار ( Ledden et al., 2007:969 ) إلى أن القيمة الوظيفية تمثل التقييم العقلاني والاقتصادي الذي يقوم به الزبون من أجل إدراك المنافع الموجودة في المنتج ، وهذا التقييم يشير إلى أن الزبون يميل إلى المنطقة العقلانية عند الاختيار ، وتتضمن القيمة الوظيفية عوامل مثل ( السعر ، والجودة ، والقدرة على التكيف ، والمرونة ، والموثوقية ، وإيصاء المنتج ، والمظهر والجمالية).

وتشمل القيمة الوظيفية على ثلاثة مفاتيح جانبية (Smith et al.,2007: 14) :-

أ- مميزات ووظائف صحيحة ودقيقة أو مناسبة ، الصفات أو الخصائص (مثل الجمالية والجودة والتخصيص أو الابداع).

ب - العروض المناسبة ( مثل الموثوقية أو جودة الأداء أو دعم الخدمة والنتائج).

ج - النتائج أو العواقب المناسبة (مثل القيمة الإستراتيجية والفعالية والفوائد التشغيلية والمنافع البيئية .

وما سبق يتبين لنا أن القيمة الوظيفية هي تقييمات عقلانية واقتصادية للأفراد حول السمات الخاصة والتأثيرات الحقيقية التي سيحصل عليها الزبائن من شراء المنتج أو استعمال الخدمة ، إذ أن القيمة الوظيفية (الجودة) للخدمة من الضروري أن تكون تمتاز بالموثوقية .

2 - القيمة المالية :- تتمثل في السعر المدفوع للخدمة أو المنتج وهو القيمة التبادلية للمنتجات وعلى أساسه تحدد قيمة المنتج التي سيحصل عليها الزبون (Jhandir,2012:34). وأشار (Wongsuchat *et al.*, 2014: 1\_7) إلى أن قيمة الزبون المالية تتكون من عنصرين أساسيين هما :

أ: **المنافع الكلية للزبون :-** وهي مجموعة المنافع التي يكسبها الزبون من شراء المنتج أو الخدمة مثل ( المنفعة المادية أو الجوهرية ، منفعة الخدمة ، المنفعة الشخصية ،منفعة المكانة الذهنية للمنظمة ).

ب : **الكلف الكلية للزبون :-** وهي مجموع التضحيات التي يقدمها الزبون للحصول على المنتج. ويرى (Deac, 2016: 44) أن هذه التضحية الكلية التي يوافق عليها الزبون لها جانب موضوعي (يشير إلى تضحية اقتصادية)، ولكن أيضا جانب شخصي (يشير إلى التضحية النفسية) وتتكون التضحية الاقتصادية التي يوافق عليها الزبائن من إجمالي التكاليف التي يتحملونها في الحصول على المنتج واستخدامه.

وتنقسم هذه التكاليف أو التضحيات التي يتحملها الزبائن من أجل الحصول على أي منتج أو خدمة واستخدامها (محمد ، 2008:13) :-

أ - **التكاليف النقدية :-** ويقصد بها النقود التي يتم دفعها للحصول على المنتج أو الخدمة وتشمل سعر الشراء ، التركيب ، الصيانة ، الإصلاح ، مخاطر الخسارة المالية الناتجة عن فشل أو ضعف أداء المنتج والتحول عنه.

ب - **التكاليف غير النقدية :-** ويقصد بها تكاليف التسويق أو المعاملات غير المالية التي يتحملها الزبون للحصول على المنتج وتشمل :-

- **تكاليف الوقت :** وتشير إلى الزمن الذي يقضية الزبون في شراء المنتج والانتظار للحصول على هذا المنتج.
- **تكاليف التفكير :** تشير إلى المجهود الذهني والضغط التي يشعر بها عند اتخاذ القرار والقلق الناتج عن الاختيار.
- **تكاليف البحث :** تكاليف البحث اللازمة لصنع قرار الشراء ، وتشمل على البحث عن المعلومات الخاصة بالمنتج وتقييمها لاستخلاص المعلومات التي تدخل في صنع القرار.

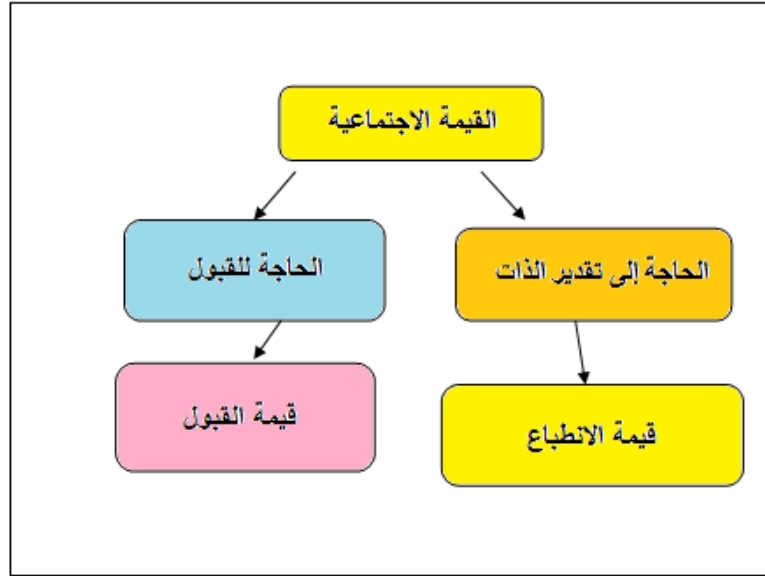
وقد أكد (Porter) على أن التكلفة المنخفضة والتمايز يمكن اعتبارهما إستراتيجيتين لخلق القيمة وتحقيق المزايا التنافسية في مجال معين (Joinis , 2001: 194). إذ يميل كل زبون إلى تقليل المخاطر المالية عند إتخاذ قرار الشراء للمنتج أو الخدمة بهدف تقليل الجهد العقلي ، مما يقلل أيضا من التضحية . وهناك عنصران مشتركان في القيمة (المنافع والتضحيات)، ففي مرحلة الشراء والتعامل يقرر الزبائن تقييم البدائل من المنافع المدركة (الجودة، سرعة التسليم ، السمعة ..الخ)، وتجاوز النفقات المدركة (المال، الوقت، الجهد) (Stankovic et al., 2009:74). من خلال ذلك يتضح لنا بأن القيمة المالية تعالج الجوانب النقدية المباشرة مثل السعر وإعادة البيع والخصم والاستثمار وما إلى ذلك ، مشيرًا إلى قيمة المنتج معبرا عنه بالمال إلى ما تم التخلي عنه أو التنازل عن التضحيات للحصول على المنتج.

**3 - القيمة العاطفية :-** تشير القيمة العاطفية إلى المشاعر أو الحالات العاطفية التي يتم أنشاؤها من خلال تجربة الاستهلاك التي يشعر بها الزبائن مثل الراحة والفرح والعاطفة ( Felania 2018:122). وكذلك تعرف على أنها المنفعة المدركة من قدرة المنتج على إثارة وتحريك مشاعر الزبون والتي لها دور كبير في تغيير الحالة المزاجية (Ehsain et al., 2015: 142). ورأى (Miladian et al., 2012: 226) أن القيمة العاطفية للمنتج تعني الأداة المساعدة والمتوقع الحصول عليها من قدرة المنتج لإثارة المشاعر العاطفية ، وأن المنتج يكسب قيمة عاطفية عندما يرتبط بمشاعر معينة في تسريع أو إدامة تلك المشاعر. وقد توصل الباحثين إلى وجود علاقة مباشرة بين القيمة العاطفية ورضا الزبون تتميز بأهمية المشاعر في تقديم الخدمات ، ووجدت القيمة العاطفية لتكون أهمية خاصة لرضا الزبون ، والمساعدة في بناء الروابط العاطفية الوثيقة مع الزبائن (Siahaan et al., 2019: 196). ومن خلال ما سبق تبين لنا أن القيمة العاطفية هي المنفعة المستمدة من المشاعر أو الحالات العاطفية ، وأن المنظمات التي تركز على تقديم قيمة عاطفية سيثمر في زيادة فهمهم للإستجابات العاطفية للزبائن وبالتالي يؤدي إلى رضاهم عن الخدمات المقدمة.

4 - القيمة الاجتماعية :- تمثل القيمة الاجتماعية الشعور الايجابي الذي يشعر به الزبون من الأفراد المحيطين به نتيجة امتلاكه أو استخدامه للمنتج ، إذا أن المنتج يحقق للفرد ارتباطا مع طبقة اجتماعية معينة ومكانة اجتماعية متميزة ( Tom, 2011 : 7). وكذلك تعرف على أنها المنفعة المشتقة من قدرة المنتج على تعزيز مفهوم الذات الاجتماعية ، وتبعاً لذلك تستمد القيمة الاجتماعية بشكل عام من استخدام الخدمة المشتركة مع الآخرين ( Alshibiy , 2015 , 20). وفي البداية، يتم تقييم المنتج بناءً على منظور مدى نجاحه في مساعدة الزبون على أن يتم قبوله في المجتمع. نظراً لأن الزبون نفسه جزءاً من المجتمع سواء على نطاق صغير مثل العائلة أو الأصدقاء، أو على نطاق واسع مثل المجتمع ، لذلك فهو يحتاج إلى التفاعل مع أشخاص آخرين إذ تكون عواقب استخدام المنتج أكثر أهمية من وظيفة المنتج نفسه، بمعنى آخر ، يمكن الحصول على القيمة عندما يشعر الزبون أنه مرتبط بأشخاص آخرين (Aulia,2016: 54). ونظراً لأن الأفراد في المجتمع تحكمهم الأعراف أو القيم، فأنهم بحاجة إلى أتباع هذه القاعدة من أجل أن يتم قبولهم في المجتمع . وعلى العكس من ذلك، فإن انتهاك القواعد أو الأعراف في المجتمع سيؤدي إلى عدم ارتياح الزبون ، وأشارت العديد من النتائج التي توصلت لها بعض من الدراسات السابقة إلى أن القبول في المجتمع هو جزء من الحاجة الأساسية التي تؤثر على رضا الزبائن وولائهم (Gallarza et al.,2006: 444).

وكما أن وجود انطباع جيد في المجتمع يمكن أن يساعد في زيادة ثقة الزبائن بأنفسهم وبالتالي تعزيز احترام الذات، مما يؤثر على إدراكهم للقيمة تجاه منتج يعكس أبعاد القيمة الاجتماعية (Petrick,2002: 125). لذلك من خلال ما سبق يتبين أن البعد الاجتماعي لقيمة الزبون يركز على التوجه الشخصي للزبون تجاه العلامة التجارية، أو المنتج وهذا التوجه يكون مصدره المجتمع ، أي بمعنى ترتبط قيمة التفاعل الاجتماعي بالتفاعل الاجتماعي للزبائن مع الأصدقاء والعائلة والمستخدمين الآخرين فيما يتعلق بتجربة الخدمة.

وبناء على ما سبق يمكن القول بأن هناك نوعين من احتياجات الزبائن التي يجب مراعاتها عند تقييم القيمة الاجتماعية وهما الحاجة إلى القبول والحاجة إلى الإطراء ، والشكل (10) يوضح احتياجات الزبون للقيمة الاجتماعية.



الشكل (10) احتياجات الزبون للقيمة الاجتماعية

**Source:** Aulia, S. A., Sukati, I., & Sulaiman, Z. (2016). A review: Custome perceived value and its Dimension. Asian Journal of Social Sciences and Management Studies, 3(2)p: 156.

وأضاف (Khan *et al.*, 2011: 706) أن للقيمة الاجتماعية أهمية تتمثل في :-

- أ - تساعد القيمة الاجتماعية الفرد على تحقيق الشعور الأفضل.
- ب - تحسن القيمة الاجتماعية عن طريق أدراك الآخرين للفرد من خلال تعزيز مكانته وصورته أمامهم.

#### سابعا: العوامل المؤثرة على القيمة المتحققة للزبون:-

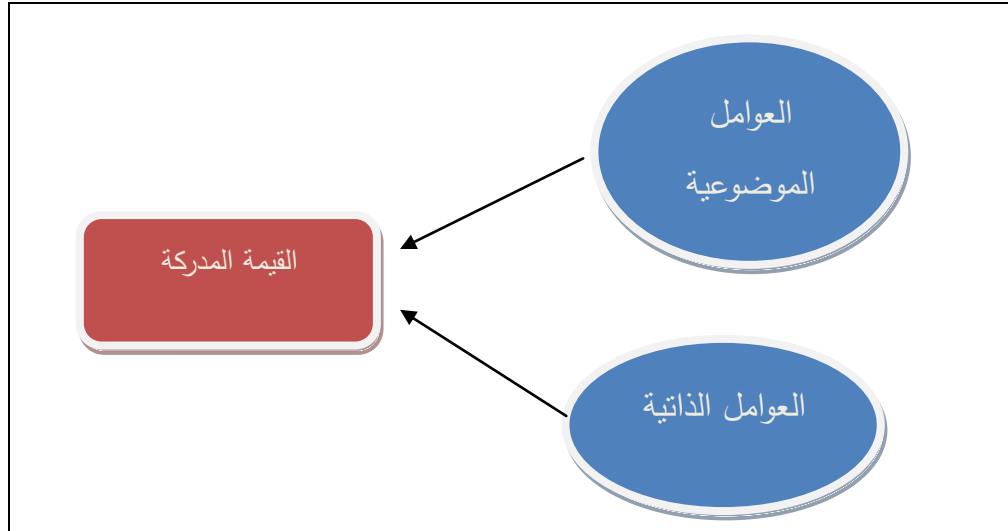
أن إنشاء قيمة متحققة للزبون هو عملية معترف بها على نطاق واسع في الأدب التسويقي كمتطلب حيوي للمنظمات لتمييز نفسها عن المنافسين ، وتوليد رضا لدى الزبائن (Demirgunes , 2015: 215). ونظرا لان احتياجات الزبائن قد تغيرت مؤخراً بسرعة مع التطور التكنولوجي المتقدم كان هناك تحول بين المنظمات نحو خلق قيمة للزبائن حالياً ، إذ يمكن تحديد القيمة بواسطة العلامة التجارية للزبائن ، وبالتالي تتطور توقعات الزبائن من المنظمات لأشراكهم من خلال تجارب التسوق المختلفة ( Hanaysha ,2018: 5). وأن الحصول على المعلومات من الزبائن حول القيمة المرجوة أمر حيوي ويمكن أن يكون كذلك، وتعد من أسس الإدارة الفاعلة ، لذلك تكون ضرورية للمنظمات لإثراء منتجاتها وخدماتها في الأسواق المستهدفة من خلال الحصول على رؤى أفضل حول كيفية تحسين قيمة الزبون

(Lapierre,2000: 126).ومن خلال فهم مهمة المنظمة وأهدافها واستراتيجياتها واحتياجات زبائنها وتوقعاتهم ، يمكن للمنظمة تطوير عرض قيمة لتقديم قيمة أعلى لزبائنها ، وسيسمح هذا الأجراء للمنظمة بجذب زبائن جدد والاحتفاظ بالزبائن الحاليين وتحقيق أرباح كبيرة ، فإذا زادت المنظمة من القيمة لزبائنها فأنها ستحقق النجاح في هذا المجال النجاح ( : Zineldin, 2006, 432). وهنا يختار الزبون عرض القيمة التي تقدمه المنظمة والمنافسون في المنافسة ، ويجب أن تكون المنظمة حذرة في اختيار عرض قيمة الزبون (Suryadi et al.,2018: 65).

ورأى (Deac, 2016: 45) بأن العوامل التي تؤثر على القيمة المتحققة للزبون تكون بمجموعتين وهما :

**1:- العوامل الموضوعية :-** تشمل هذه الفئة من العوامل الاحتياجات الموضوعية للزبائن والتي يمكن أن يكون للمنتج أو الخدمة تأثير مباشر عليها ، مثل زيادة الإنتاجية ، وتحقيق وفورات في مختلف فئات التكاليف ، وموثوقية أكبر ، وبشكل عام يسعى المنتجون إلى تحديد القيمة الممنوحة لمنتجاتهم من خلال هذه العوامل، ويقدر الزبون القيمة المفضلة للمنتج أو الخدمة على أساس الخبرة الشخصية في استخدامها أو بواسطة جمع المعلومات عن أداء وعمل المنظمات، وينتج تعقيد قيمة الزبون عن حقيقة أنها قيمة مقارنة الفئة ، إذ يتم تحديد القيمة المقارنة للمنتج معين أو خدمة معينة بواسطة مقارنة الفوائد التي تقدمها المنتجات أو الخدمات الأخرى في السوق الذي يلبي نفس الحاجة (Sapic et al.,2014: 395). وتوصل (Chen et al.,2003: 326) إلى أن هناك سببين مهمين لفحص إدراكات الزبائن للقيمة المدركة قبل الشراء هما :-  
أ- بذل الزبائن جهداً كبيراً في تقييم الخيارات المتاحة للمنتج أو الخدمة أثناء اتخاذ قرار الشراء  
ب- أن قيمة الزبون المدركة لها تأثير كبير على نية الشراء .

**2:- العوامل الذاتية :-** تتكون هذه الفئة من العوامل التي تحدد القيمة على المستوى الروحي والنفسي ، إذ توجد منتجات أو خدمات تركز على الجانب العاطفي ( الراحة ، والمتعة ، والامان ، والرضا ، والمكانة ..الخ). وان هذه العوامل تكون من الصعب للغاية تحديدها وتقديرها ، أن لم تكن مستحيلة بشكل مباشر ، وذلك لأنها تشكل الامتداد الطبيعي للشخصية والأهداف الخاصة بالزبون (Deac, 2016: 45). وان قيمة الزبون هي حجم نسبي لا يمكن قياسه بالعدد والمؤشرات ، والعوامل الذاتية هي واحدة من الخصائص الرئيسية للقيمة والتي تعني أن القيمة تستند إلى تقييم شخصي للزبائن والفرد، وبالتحديد، لا ينظر عادة إلى قيمة الزبون على أنها هدف بعيد الامد تحده المنظمة ، لكنه نسبي الزبائن تقدره (Hu et al.,2009: 111-112). وفي الواقع ، فان مفاتيح النجاح في عالم الأعمال هي القدرة على فهم ما يشكل قيمة في أذهان الزبائن ، والقدرة على تقديم هذه القيمة باستمرار وبشكل أفضل من المنافسين الآخرين (Asgarpour et al.,2014:1) والشكل (11) يوضح تأثير العوامل الموضوعية والذاتية على القيمة المتحققة للزبون.



شكل (11) العوامل المؤثرة على القيمة المتحققة للزبون

المصدر: من أعداد الباحثة

**ثامنا :- أسباب فشل العلاقة مع الزبون:-**

التحدي الكبير الذي يواجه المنظمات اليوم هو كيفية بناء علاقة قوية مع الزبائن في الأسواق التنافسية ، إذ أن العلاقة بين مدركات العلاقات العامة وولاء الزبائن تمثل محرك رئيس لعمل المنظمات (2: Rahi,2016). وتعد قيمة الخدمة المدركة مهمة جداً للمنظمات لتطوير العلاقة مع الزبائن على الأمد البعيد، وكشف (Frank et al.,2007:116) أنه يمكن استمرار العلاقة مع الزبائن من خلال طريقتين أما عن طريق تقديم أعلى جودة يدركها الزبون بنفس السعر ، أو بتقديم نفس الجودة بسعر أقل ، وأن إدارة العلاقة مع الزبون هي القدرة على بناء علاقة مربحة على الأمد البعيد ، مع أفضل الزبائن والاستفادة من جميع نقاط الاتصال من خلال التوزيع الأمثل للموارد (33: Lefebure et al., 2005). ويمكن أن تساعد أنظمة إدارة علاقات الزبائن المنظمات في إدارة تفاعلات الزبائن بشكل أكثر فاعلية ، مثل العديد من التقنيات الجديدة في إدارة علاقات الزبائن (King et al.,2007:422).ومن جانبه أكد ( Shum , 2008:1347) أن فشل معظم نظم إدارة علاقات الزبائن (بنسبة تتراوح من 35% إلى 75%) في المنظمات يعود لعدم الاهتمام بالبعد الإنساني المتمثل في الالتزام من قبل الأفراد بتطبيق علاقات الزبائن ، والتدريب ، وانتشار ثقافة التركيز على الزبون، ويحاول الزبائن عادة تحديد ملف أسباب فشل الخدمة قبل تقييم عواقبها إذا اعتقد الزبائن أن فشل الخدمة كان لأسباب داخلية مثل التأخيرات الناجمة عن أسباب ميكانيكية أو جدولة غير صحيحة وما إلى ذلك . وهنا سوف



يلقي الزبون اللوم على مقدم الخدمة في هذا الفشل وبذلك سيؤثر سلباً على تقييمات الزبائن للخدمة (Linnander et al.,201: 53).

ولخص (بنشوري ، 2010 :25) مجموعة من الأسباب التي تؤدي إلى فشل العلاقة مع الزبون هي:

- أ - عندما لا تصل المعلومات إلى الزبون بشكل جيد.
- ب - عندما تصل المعلومات إلى الزبون ولكن تنعدم الرغبة لديه في التواصل مع المنظمة.
- ت - قد تصل المعلومات إلى الزبون وتتوفر لديه الرغبة في الاتصال ولكن المنظمة لا تستمع له
- ث - عندما تستمع المنظمة إلى الزبون ولكن لا تدرك احتياجاته.
- ج - عندما تدرك المنظمة احتياجات الزبون ولكنها لا تستجيب لها .
- ح - عندما تستجيب المنظمة لاحتياجات الزبون ولكن بوسائل غير فعالة.
- د - تؤدي وسائل الاستجابة غير الفعالة إلى عدم وصول المعلومات للزبون بشكل جيد وهكذا تصبح العلاقة بين المنظمة والزبون تدور في حلقة مفرغة.

## المبحث الثالث

## النوايا السلوكية للزبون

## أولاً: مفهوم النوايا السلوكية للزبون

أن هدف كل منظمة هو تلبية احتياجات ومتطلبات أصحاب المصلحة. إذ إن تلبية احتياجات ومتطلبات أصحاب المصلحة لن يضمن بقاء المنظمة فحسب ، بل سيجعلها تزدهر أيضاً. يُفترض أن يكون الزبون أحد أهم أصحاب المصلحة في أي منظمة فبدونه ، من غير المحتمل أن تنجح المنظمات. يؤكد المسوقون على البحث في مجال سلوك الزبون وخاصة النية السلوكية. بأن معرفة سلوك الزبون ستمضي على طول الطريق في ضمان سياسات تسويقية فاعلية تجاه مصلحة الزبائن والتي ستسهل في النهاية موقف الزبون الإيجابي تجاه المنظمات. وبشكل أكثر تحديداً نظراً لأن نية الزبون السلوكية هي مؤشر قوي على سلوكه الفعلي (Maiyaki,2011:42). وتعرف النية السلوكية بأنها وظيفة لثلاثة سوابق مستقلة وهي ؛ موقف الزبائن، والمعايير الذاتية، والسلوك المدرك، ومع ذلك ، تشير نظرية عمل العقل إلى أن النية السلوكية هي المتنبئ الأكثر تأثيراً بالسلوك، فمجرد تنشيط النية ، فإنها ستعمل كجزء من آلية تحقيق الذات وتدفع الأفراد إلى حالة "يجب أن تفعل" أو "سوف تفعل" ، فالنوايا السلوكية هي عوامل تحفيزية تلتقط مقدار الجهد الذي يرغب الشخص في القيام به من أجل أداء السلوك (Ubaid,2016:124).

وتناول الباحثين مفهوم النوايا السلوكية للزبون بشكل واسع ومن عدة جوانب ، والجدول (13) يعرض البعض من هذه المفاهيم

جدول (13) مفهوم النوايا السلوكية من وجهة نظر بعض الباحثين

ت	اسم المؤلف والسنة والصفحة	المفهوم
1	(Gefen, 2002:63).	الدرجة التي يصوغ بها الفرد خطأ واعية لأداء أو عدم أداء بعض السلوكيات المحددة في المستقبل
2	(Hellier 2003: 1764)	حكم الفرد على شراء خدمة معينة مرة أخرى من نفس المنظمة ، مع مراعاة وضعه الحالي والظروف المحتملة
3	(Bigne et al.,2008:306)	تأثير جودة الخدمة التي يتلقاها الزبائن ويمكن أن تكون

إيجابية أو سلبية ويتم شرح النية السلوكية بواسطة المواقف والمعايير الذاتية		
عملية تخطيط حالية لتصرف سلوكي مستقبلي	(Cronin,2008:42)	4
محدد حالي لتصرف سلوكي منظر والذي تم قياسه بشكل مناسب ليصبح أداة دقيقة وصالحة للتنبؤ بالسلوك	(Alsajjan,2010:1489)	5
مقدار الجهد الذي يكون الزبون على استعداد لاستثماره. لأن هذا المقدار عادة ما يتم تعديله وفقاً للمحددات المتوقعة	(Cheng, 2013:5)	6
الرغبة في شراء المنتج مرة أخرى (السلعة / الخدمة) أو الشراء بشكل متكرر ، والرغبة في التوصية بالمنتج للآخرين (عبر الإنترنت والخط) (شفهياً) وحتى الرغبة في دفع سعر أعلى	(Kim&Choi,2013:218)	7
سلوك الفرد المستقبلي المتوقع أو المخطط له لأستخدام تقنية معينة ، وتمثل التوقع بأن الزبون قد يتبنى سلوكا معيناً في موقف محدد	(Amornkitpinyo et al,2015: 2091)	8
رد فعل الزبائن تجاه منتجات أو خدمات معينة وقد تكون ناجمة عن نتائج مواقف الزبائن بشأن منتج وخدمات	(Leelean, 2015:13)	9
تشير النية السلوكية إلى "الاحتمال الذاتي للزبون بأن يقوم بالسلوك المعني	(Ubaid,2016:124)	10
مدى صعوبة رغبة الأفراد في المحاولة ، ومقدار الجهد الذي يخططون لبذله من أجل أداء السلوك	(Shen et al.,2020:300)	11

المصدر: من إعداد الباحثة حسب المصادر المتيسرة

وتعرف الباحثة النوايا السلوكية للزبون على أنها استعداد الزبون لاقتراح المنظمة على الآخرين واستمرار علاقته معها من خلال إعادة التعامل المستقبلي لأكثر من مرة.

## ثانيا : أهمية النوايا السلوكية

تعد النوايا السلوكية عامل حاسم في شرح سلوك الزبون من خلال نية الفرد القوية لأداء سلوك معين في أداؤها، ويمكن اعتبار النوايا السلوكية كمؤشرات تشير إلى استمرار بقاء الزبائن مع المنظمة أو تركها ، ويمكن أن تكون النية السلوكية للزبائن إيجابية أو تكون غير مواتية (Cuony, 2020: 1666). وغالبًا ما تؤدي النية السلوكية الإيجابية إلى الترابط مع مزود الخدمات ، وزيادة حجم الأعمال ، والتعبير عن الثناء الإيجابي لمقدم الخدمة، على العكس من ذلك ، تؤدي النية السلوكية غير المواتية إلى إظهار الزبائن احتمالية أعلى لتبديل العلامة التجارية ، والتخطيط لتقليل حجم أعمالهم ، والانخراط في الكلام السلبي الشفهي ، وإظهار عدم الرغبة في دفع أسعار مميزة (Ladhari, 2009:308) . وقد تكون النوايا السلوكية مواتية أو غير مواتية اعتمادًا على الرضا فهو مؤشر دقيق للسلوك الفعلي، ويشير الزبائن الذين يعبرون عن نوايا سلوكية إيجابية إلى أنهم قد كونوا علاقة مع المنظمة (Zeithaml&Bitner:2000:125). ويمكن أن تؤدي زيادة الرضا بشكل عام إلى نية سلوكية إيجابية تجاه إعادة الشراء وكذلك إعادة رعاية فعلية (Anderson&Mittal,2000:29). في المقابل ، قد تشمل النوايا السلوكية غير المواتية ، بناءً على تصور سوء جودة الخدمة ، نية الانشقاق ، ونية إنفاق أموال أقل مع المنظمة ، ونية تقديم شكوى وحتى النية لاتخاذ إجراء مناوئ (Arnould&Zinkhan,2004:45) . بناء على ذلك، لاحظ الباحثون أن النجاح المالي والأداء المستقبلي للمنظمات يعتمد على مدى تعزيز النوايا السلوكية الإيجابية للزبائن، وأن الحصول على فهم أكبر للنوايا السلوكية للزبائن لا يزال يشكل مصدر قلق أساس لباحثي التسويق (Malhotra and McCort,2001:235).

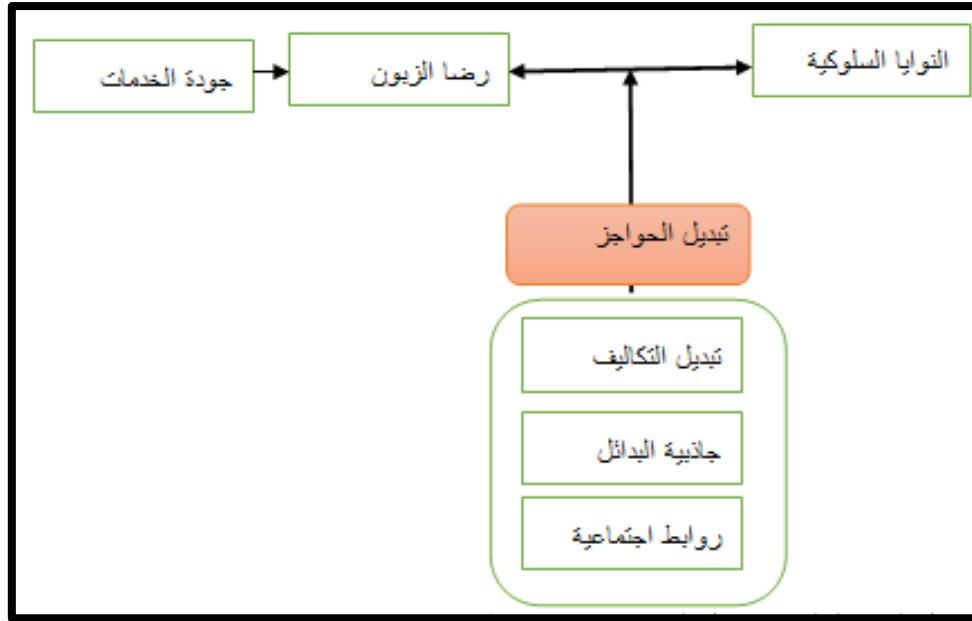
وأشار (Liang et al.,2011:1028) إلى أن المنظمات تطور توجهها تفاعليا (مثل القدرة على الاستجابة) من أجل التخطيط الأفضل للأنشطة التسويقية والحفاظ على علاقات بعيدة الأمد مع الزبائن ( أي زيادة الولاء) ، وكذلك أضاف إلى أن هذا التفاعل يزيد التوجية من الكلام الإيجابي الشفهي من خلال تشجيع الزبائن وتمكينهم من إحالة المنظمة إلى زبائن جدد ، عليه يكون اتجاه التفاعل محددًا وقابل للتنفيذ ويمكن اعتمادها من قبل المنظمات لتحقيق أداء متفوق . لذلك يكون فهم النوايا السلوكية للزبائن بعد تجربة الخدمات أمر مهم لأنه ينظر إليها على أنها محدد رئيس للأداء المالي بعيد الأمد للمنظمة ويعد مصدرا رئيسا للميزة التنافسية ( Lam et al.,2004: ) .

## ثالثاً : الرضا والنوايا السلوكية

يعد الرضا مفهوم نفسي يتضمن الشعور بالرفاهية والمتعة الناتجة من الحصول على ما يأمله الزبون ويتوقعه من المنتج أو الخدمة ، اي بمعنى أنه يمثل تصور الزبون للقيمة التي حصل عليها (Rojas,2010: 228). ويطلق على النوايا السلوكية اسم "سلوكيات الزبون المحتملة التي يُرجح تنشيطها من خلال جودة الخدمة وإرضاء الزبون".

ويمكن أن تتجلى مؤشرات النوايا السلوكية من عملية خدمة مشاعر الزبون لتكون أدنى أو متفوقة. يضاف إلى ذلك إن هذا السلوك سيؤدي إلى إنفاق أقل أو أكثر مع المنظمة أو مغادرة المنظمة. من جانب آخر يمكن أن تكون هذه السلوكيات جزءاً من مجموعة من الردود الإيجابية أو السلبية (تسمى الشكوى) ، مما يخلق الرضا أو عدم الرضا (Cheng, 2013:4)، وهناك دليل على أن إرضاء الزبون سيحدد في النهاية نواياهم المستقبلية وسلوكهم تجاه الخدمة (Robinson, 2012:51). على سبيل المثال وجد أن الرضا يؤثر بشكل مباشر على النوايا السلوكية في جميع الصناعات. بالإضافة إلى ذلك ، أظهرت نتائج دراسة (Jen et al., 2011:321) أن الرضا العام كان له تأثير مباشر على مدى احتمالية إعادة الزبائن لاستخدام الخدمة.

بينما وجد (Murray et al.,2002:25) أن الرضا يبدو سائداً لاحتمالية توصية الزبائن بالخدمة للآخرين. فعندما يرى الزبائن جودة أعلى للخدمة / المنتج ، والتي ستلبي أو تتجاوز توقعاتهم أو رغبتهم في الخدمة / المنتجات ، فمن المحتمل أن يكون الزبائن أكثر استعداداً لمواصلة الشراء من مواقع التجارة ، ويقولون أشياء إيجابية عن تجربتهم للزبائن ، يوصون أصدقائهم أو أقاربهم بالشراء من هذا الموقع ، وزيادة أعمالهم معه، والبقاء مخلصين له. على العكس من ذلك ، إذا لاحظ الزبائن انخفاض جودة الخدمة / المنتج ، فسيكونون أكثر ميلاً إلى إظهار سلوكيات غير مواتية ، مثل تقديم شكوى للآخرين بشأن تجربتهم والتحول إلى منظمات أو مواقع إلكترونية أخرى (Gefen, 2002:63). والشكل (12) يوضح إطار عمل النوايا السلوكية



شكل (12) أطار عمل النوايا السلوكية وتبديل الحواجز من وجهة نظر (Awia *et al.*,2013)  
 Source : awia ,Norazryana Mat &Ahmad Jusoha &Khalil Md Nora  
 ,(2013),"A Conceptual Model of Customer Behavioral Intentions:  
 Moderating Effects of Switching Barriers and Social Ties ,p:32

أن تبديل الحواجز يتناولها بشكل عام بأنها تلك الحواجز التي يواجهها الزبائن والتي تقيدهم في العلاقة مع مزود الخدمة. وفي معظم الأحيان ، يتم تصور حواجز التبديل على أنها الحواجز التي يفرضها مزود الخدمة. ويذهب بعض الباحثين إلى أن هناك حاجزاً آخر يحدث من التفاعل بين الزبائن. وبشكل عام فهو الحاجز الناتج عن التجربة المشتركة بين الزبائن الذين يتفاعلون مع بعضهم البعض في نفس المجموعة الاجتماعية الذين يستهلكون نفس الخدمة. ومن المهم النظر إلى تأثير هذا التفاعل لأنه يمكن أن يؤثر على النية السلوكية للزبائن في المستقبل ( Martin *et al.*,2008: 228). ومع ذلك ، هناك دراسات محدودة للغاية حول التأثيرات الاجتماعية التي تقف خلف سلوك الزبائن. فالروابط الاجتماعية مثل مدى قوة العلاقة التي تربط الزبون بالمجموعة الاجتماعية ستؤثر عليه للبقاء مع مزود الخدمة الحالي، وفي الحالات التي تكون فيها الروابط الاجتماعية قوية ، يجد الزبائن غير الراضين أن البقاء مع مقدم الخدمة أمر مهم من أجل الحفاظ على علاقات اجتماعية جيدة. لذلك ، يُعتقد أن الروابط الاجتماعية الأقوى ستعمل على تلطيف العلاقة بين رضا الزبائن والنوايا السلوكية (Dawia,2013:32). وفي محاولة لفهم العلاقة بين رضا الزبائن والنوايا السلوكية ، فقد حدد الباحثون العوامل المنفصلة التي تؤثر على

الارتباط بين هذين البنائين والإبلاغ عنها. يضاف إلى ذلك أن الرضا عنصر مهم للحفاظ على علاقات بعيدة الأمد مع الزبائن. ذكر (Dmitrovic et al.,2009:116) أن زيادة رضا الزبائن يمكن أن تؤدي إلى زيادة الإيرادات والأرباح لمقدمي الخدمات. و أثبت (Forozia et al.,2013:329) في دراسته أن رضا الزبائن هو العامل الرئيس الذي يشجع المنظمات على تحقيق النجاح والميزة التنافسية. لذلك ، فإن إدراك وفهم العواقب المعرفية والسلوكية للرضا له آثار مهمة على أهداف الإدارة. كما ان دور رضا الزبائن مهم جداً وهو عامل رئيس للتأثير على نوايا الزبون السلوكية. وبالتالي ، فمن المهم معرفة العوامل التي تؤثر على رضا الزبون. ( Xia et al., 2009:397 . وتشير دراسات أخرى إلى أن من المحتمل أن تزداد نية الفرد في التسوق، بسبب موقفه تجاه التسوق، ، وبالتالي فإن للموقف تأثير كبير تجاه استخدام وتبني ابتكار أو منتج أو خدمات جديدة (Kim et al.,2013:205).

#### رابعاً: أبعاد النوايا السلوكية

أن الاحتفاظ بالزبائن هو مفتاح رئيس للمنظمة يهدف توليد الأرباح والحفاظ على القدرة التنافسية للأعمال. لذلك ، يعد تقليل معدل انشقاق الزبائن وزيادة معدل الاحتفاظ بهم من أهم الاستراتيجيات لنجاح الأعمال (Cronin et al.,2000:25)، إذ يجب أن يكون الشغل الشاغل للمنظمة هو النوايا السلوكية لزبائنها ، على الرغم من التأثيرات الظرفية وجهود التسويق التي لها إمكانية التسبب في تغيير السلوك (Mestrovic,2017: 69). وتمتاز النوايا السلوكية باعتمادها على المعلومات من الزبون نفسه لأنه يكون أقدر من غيره في التعبير عن سلوكه المستقبلي ، إذ يؤكد الباحثون أن النوايا السلوكية مرتبطة بالسلوكيات الفعلية للزبائن ، ومن ناحية أخرى فإنها يمكن أن تكون أداة للتنبؤ بالسلوكيات المستقبلية للزبائن، وقد يولد الزبائن نوايا سلوكية مختلفة في ضوء تجاربهم (Nawi et al.,2019:148). والجدول (14) يعرض بعض الأبعاد التي تناولتها الأبحاث السابقة للنوايا السلوكية للزبون.

الجدول (14) أبعاد النوايا السلوكية للزبون من وجهة نظر بعض الباحثين

- نية إعادة الشراء - الكلام الشفهي - شكاوى الولاء والسلوك - حساسية السعر	(Zithaml et al.,1996)
- الولاء للمنظمة	(White,2005)

- الميل للتحويل - الاستعداد لدفع المزيد - الاستجابة الخارجية للمشكلة - الاستجابة الداخلية للمشكلة	
- الولاء - التوصية - دفع سعر ممتاز	(Ladhari,2009)
- الكلمة المنطوقة - نية إعادة الشراء - التغذية العكسية	(Saha et al.,2009)
- ولاء الزبون - نية إعادة الشراء - الاستعداد لدفع المزيد - الكلام الشفهي الايجابي	(Chao,2012)
- الاتصال عن طريق الكلمة المنطوقة - إعادة نوايا الشراء - سلوك الشكوى	(Choudhury,2015)
- نية إعادة الشراء - التوصية - المرأة الايجابية	(Haddad,2015)
- نية إعادة الشراء - الكلام الشفهي - ولاء الزبون - سلوك الشكوى - حساسية الأسعار	(Wayan et al.,2019)
- النية في الشراء وإعادة الشراء - نية إعادة الزيارة	(Ali,2020)

من أعداد الباحثة حسب الأدبيات المتيسرة



وتتناول الدراسة الحالية الأبعاد ( الولاء الموقفي ، الميل للتحويل ، إعادة التعامل للمرة الثانية).

**1- الولاء الموقفي :** شعر العديد من الباحثين بالحاجة إلى إدراج "الموقف" إلى جانب السلوك لتحديد ولاء العلامة التجارية، وربما كان (Day,1969:29) أول من أدرك هذه الحاجة. وهناك العديد من التعريفات للموقف إذ أن هناك العديد من الباحثين الأكاديميين الذين يحاولون فهم السلوك البشري إذ يُعرّف الموقف بأنه "سلوك الأفراد تجاه المشاعر السلبية أو الإيجابية حول تنفيذ سلوك الهدف". بالإضافة إلى ذلك ، يرتبط الموقف بالنوايا السلوكية للأفراد في ضوء حقيقة أنهم يشكلون نواياهم للقيام بسلوك دقيق في الاتجاه الذي يكون لديهم نتيجة إيجابية ، وكذلك يمكن تعريف الموقف بأنه "درجة تفضيل أو عدم قبول مشاعر الناس تجاه موضوع نفسي" (Keaveney et al. , 2001:375)، وعلى نفس المنوال ، أعرب Baldinger et al. (1996:22) عن اعتقادهم أن الولاء للعلامة التجارية يمكن فهمه بشكل أفضل من خلال توسيع التعريفات السلوكية للولاء لتشمل المواقف (جنبًا إلى جنب مع السلوك) لقياس الولاء، وفرضيتهم هي أنه بمجرد تصنيف الزبائن سلوكيًا (من حيث أنماط ولأهم) ، فمن الممكن ربط هذه الشرائح السلوكية بالمواقف الأساسية تجاه العلامات التجارية. ويُنظر أيضًا إلى الولاء الموقفي على أنه مدى الارتباطات النفسية للزبون والدعوة السلوكية تجاه المنظمة (Rauyruen et al.,2007:21). وعلى الرغم من أن تعريفه يتضمن كلاً من المكونات السلوكية والمواقف للولاء ، إلا أن الأدب الموجود بشكل عام ركز على العناصر السلوكية للولاء متجاهلاً الأبعاد الموقفية له بالإضافة إلى علاقته بالبنى الأخرى (Chaudhuri et al., 2001:82). ومع ذلك ، فقد ميز بعض الباحثين بين الولاء الموقفي والولاء السلوكي أو الشراء (Dick et al.,1994:113) ، وتدعم الأبحاث التجريبية التي أجريت في السنوات الأخيرة أيضًا حقيقة أن الولاء الموقفي وولاء الشراء مرتبطان ولكنهما مختلفان (Rauyruen and Miller:2007::31). وهناك العديد من المقالات التي تفصل الولاء إلى الولاء في المواقف والسلوك. ويتعامل معظم الباحثين مع الولاء الموقفي باعتباره سابقة للولاء السلوكي ، وان صورة المنظمة تزيد الولاء الموقفي بشكل كبير (Lado et al.,2007:347)، ويجد (Reynolds et al.,2000:89) أن تأثير الرضا على الولاء الموقفي يكون بشكل مباشر، وأن الولاء الموقفي يحدث بسبب الصدفة أو العرف أو عوامل أخرى. ويؤكد (Chaudhuri et al.,2001:81) أن الولاء السلوكي والموقفي يكونان سبباً للتأثير على حصة السوق ، وبالإضافة إلى أن العلاقة بين الولاء السلوكي والموقفي مترابطة وليست علاقة سبب ونتيجة ويعد ولاء الزبائن هدفًا مهمًا في مجتمع التسويق الاستهلاكي لأنه عنصر أساس لاستدامة المنظمة.

ويمكن أن يوفر قياس الولاء فهماً أفضل للاحتفاظ بالزبائن. وعادةً ما يكون للاحتفاظ بالزبائن الحاليين تكلفة مرتبطة أقل بكثير من الفوز بالزبائن الجدد بالإضافة إلى ذلك ، من المرجح أن ينصح الزبائن المخلصون الأصدقاء أو الأقارب أو غيرهم من الزبائن المحتملين بمنتج / خدمة من خلال العمل كوكلاء إعلان شفهي مجاني (Wayan et al.,2019:86). ويركز الولاء الموقفي على الأساس المعرفي للولاء ويعزل عمليات الشراء التي يقودها موقف قوي من المشتريات بسبب القيود الظرفية. ويلتزم الزبائن المخلصون للمواقف بعلامة تجارية أو منظمة ويقومون بإجراء عمليات شراء متكررة بناءً على تصرف داخلي قوي (Day, 2001:29)

يوضح الولاء الموقفي علاقة الزبون بمزود خدمة معين وتفضيل المنتج أو الخدمة على البدائل، وعندما يكون الزبون مخلصاً من الناحية السلوكية ، فهو ينوي إعادة شراء نفس العلامة التجارية ومن ثم الحفاظ على علاقة مع مقدم خدمة معين (Jones&Taylor,2007:147). وبالمثل ، قام (Chaudhuri et al.,2001:81) بفحص جانبيين من جوانب الولاء للعلامة التجارية ، ولاء الشراء، والولاء في المواقف، إذ أن ثقة العلامة التجارية تؤثر على حصة السوق والسعر النسبي، وتشير نتائج دراستهم إلى أنه عندما يتم التحكم في المتغيرات على مستوى المنتج والعلامة التجارية ، فإن ثقة العلامة التجارية وتأثيرها تندمج لتحديد ولاء الشراء والولاء في المواقف. ويؤدي ولاء الشراء ، بدوره ، إلى زيادة حصة السوق والولاء السلوكي يؤدي إلى سعر نسبي أعلى للعلامة التجارية. وقد ذكر (Dick et al.,2000:99) أن المقاييس السلوكية للولاء كانت غير كافية في فهم العوامل الكامنة وراء سلوك الشراء الموالي للعلامة التجارية. وتم النظر إلى التعريفات السلوكية على أنها غير كافية لشرح كيف ولماذا يتم تطوير و/أو تعديل ولاء العلامة التجارية. لذلك تم تطوير عملهم المفاهيمي على فكرة أن ولاء العلامة التجارية يشمل كلاً من موقف المستهلك وسلوك الشراء المتكرر. ويتفق (Reynolds&Arnold,2000:65) على أن ولاء الزبائن أصبح ضرورياً لعمليات الأعمال. ووفقاً لفكرة (Bove et al.,2009:689) (Kumar&Shah,2006:277) ، تعد كل من الأبعاد السلوكية والموقفية للولاء على نفس القدر من الأهمية، ويؤكد (Amine,1998:305) هذا الرأي، أيضاً بقوله أن عمليات الشراء المتكررة للعلامة التجارية بمرور الوقت هي تعبير عن ولاء الزبائن، إلا أنها غير مكتملة ما لم تكتمل بموقف إيجابي تجاه العلامة التجارية. وفي دراسة أخرى ، قدمت (Rundle,2005:333) نظرة ثاقبة حول تفسير العوامل التي تقف خلف ولاء الزبائن من خلال تحديد الأبعاد المتعددة للولاء، والأبعاد التي استكشفتها هي: (الولاء الظرفي ، ومقاومة العروض المنافسة ، والميل إلى أن يكون مخلصاً ، والولاء الموقفي ، وسلوك الشكوى).

وأشار بحثها القائم على دراسة استقصائية لتجار التجزئة في أستراليا إلى أن المستهلكين يمكن أن يكونوا مخلصين بطرائق مختلفة ، مما يدل على تفوق نموذج متعدد الأبعاد لولاء المستهلك على نموذج أحادي الأبعاد.

وفقاً لدراسات (Kumar et al.2006:277) هناك نوعان من الولاء هما: الولاء السلوكي والولاء الموقفي. إذ يضمن الولاء السلوكي إمكانية تحويل ولاء الزبائن إلى سلوكيات شراء فعلية، في حين أن الولاء الموقفي لن يضمن أن الزبائن سيشترون البضائع بأنفسهم ، إلا أنهم سيساعدون ، من خلال الكلام الشفهي ، في تكوين صورة إيجابية عن الأعمال التجارية للآخرين. قد لا يجلب هذا الربح بشكل مباشر ، ولكنه سيخلق نتيجة إيجابية بشكل غير مباشر. والولاء الأكثر شيوعاً يشمل: الولاء السلوكي (عنصر أساسي) والولاء الموقفي (بناء نفسي). ومن وجهة نظر (Lam et al.,2004:293) فإن الولاء يتجلى بطريقتين أخريين هما: تكرار المحسوبة والتوصية. واستخدم (Fullerton,2005:97) نية إعادة الشراء والدعوة لتقييم ولاء الزبون للعلامة التجارية لبائع تجزئة واحد ؛ يُفهم من "الدعوة" هنا على أنها تعني تناقل الكلام الإيجابي، ما يعني أن الزبائن سيوصون بائع التجزئة للآخرين. ويركز المزيد من الباحثين على الولاء السلوكي والولاء الموقفي (Bove et al., 2009:689) ، فالولاء السلوكي يعني سلوكيات إعادة الشراء للزبائن أو نية علامة تجارية معينة (Russell-Bennett et al.2007:67)، يعني الولاء الموقفي إحساس الزبائن بمنتجات أو خدمة معينة (Kumar et al., 2006) ، والجدول (15) يوضح إيجابيات وسلبيات الولاء الموقفي والولاء السلوكي.

الجدول (15) إيجابيات وسلبيات الولاء السلوكي والموقفي للزبون

ت	Disadvantages العيوب	Advantages المزايا	ت
1	1- الشراء المتكرر لا يمكن تمييزه عن الولاء للعلامة التجارية 2- أكثر حساسية لتقلبات المدى القصير 3- من الصعب اختيار وحدة القرار الصحيح	1- بناء على السلوك الفعلي. 2- غير عرضي. 3-سهولة جمع البيانات.	1 الإجراءات السلوكية
2	1- تمثيل صحيح للواقع غير	1- إعادة الشراء منفصلة عن	2 التدابير الموقفية

مضمون.	الولاء للعلامة التجارية	
2- عرضي .	2- أقل حساسية للتقلبات قصيرة المدى	
3- يصعب جمعها.	3- أسهل لاختيار وحدة القرار الصحيح	

Source : Rundle-Thiele R.,(2006), Journal of Consumer Research, Vol. 23, Number 7,p:44

ومن خلال ما سبق يتضح لنا بأن الولاء الموقفي يكون حسب مشاعر الزبون ومعتقده وتوجهه وكذلك نية الشراء لدية، ويؤكد الولاء الموقفي على الزبائن أصحاب التوجه القوي نحو منتج معين أو خدمة معينة نتيجة استمرار علاقته مع المنظمة .

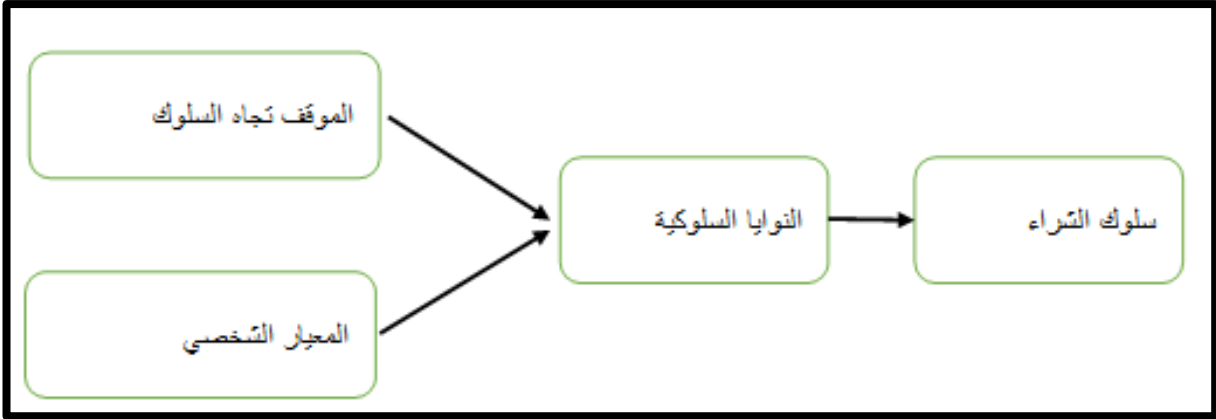
**2- الميل للتحويل :** يمكن أن تكون نوايا الشراء هي سلوك التبدل للزبون ، والذي يتم تعريفه على أنه "ضرر الالتزام المستمر في العلاقات من الزبون (Keaveney et al., 2001:375)، ويمكن إدراك النية السلوكية للتبدل عندما تحاول المنظمات القيام بأعمال أقل مع مزود الخدمة في الفترة القادمة ، فالسمعة والسعر ورضا الزبائن والاستجابات لفشل الخدمة ومنتجات الخدمة وجودة الخدمة والمنافسة والتحول غير الطوعي والالتزام الزبون لها تأثير مهم على سلوك تبدل الزبائن (Vyas&Raitani,2014:322) . وفي الوضع الحالي إذ تشتد المنافسة ، يجب على المنظمات تجنب فقدان زبائنها الحاليين. إذ يكمن السبب وراء هذه الإستراتيجية من الناحية الاقتصادية ، فهي كونها الأكثر تكلفة من كسب زبائن جدد بدلاً من الاحتفاظ بالزبائن الحاليين (Aydin&Özer,2005:910)، بالإضافة إلى ذلك ، وبعد الاحتفاظ بالزبائن موضوعاً مهماً لكل مقدم خدمة تقريباً ، ويُعتقد أنه مرتبط بزيادة الإيرادات، وانخفاض التكاليف، وبعد الاحتفاظ بالزبائن مهمة صعبة لمزود الخدمة إذ يتعرض الزبائن للتحويل إلى بدائل أخرى. وبالتالي ، فإن أحد العناصر الحاسمة التي يجب فهمها هو سبب تحول الزبائن إلى المنافسين وكيفية تجنب ذلك. وقد اكتشف الممارسون والأكاديميون في مجال تسويق الخدمات أن حواجز التبدل يمكن أن تؤدي إلى نتائج إيجابية لهذه المشكلة (Vasudevan et al.,2006:342) . وان تكلفة تحول الزبائن ربما تكون صعبة أو مكلفة لمزودي الخدمة. فعندما يفكر الزبائن في تبدل مقدمي الخدمات، فإنهم يقومون بتقييم كل من المنافع والتكاليف؛ وعندما تكون التكاليف المطلوبة أعلى من المنافع المكتسبة (بمعنى تكلفة التحويل العالية بشكل مفرط) ، يتم إنشاء حاجز خروج ، وبالتالي تقليل إمكانية التبدل (Jones et al., 2000:147) ، يشير (Hauser et

(al.,2004:148) إلى أنه عند زيادة تكاليف التبديل ، تقل الحساسية للرضا. لذلك ، يلعب تبديل التكاليف دوراً مهماً عندما يفكر الزبون في تغيير مزودي الخدمة. وأشارت العديد من الدراسات إلى أن تكلفة التحويل المدركة هي عامل مهم عندما يتعلق الأمر بولاء الزبائن، وتكشف دراسات أخرى أن الزبون غير الراضي قد يستمر مع نفس البائع فقط لأنه يعتقد أن الوقت الإضافي والجهد المبذول في التبديل سيكون مكلفاً (Whitehead,2000:33). وان القيود المفروضة على التدابير السلوكية لا تميز بين ولاء العلامة التجارية وتكرار الشراء ، وبالتالي قد تشمل الولاء الزائف (Mellens et al.,2006:43) ، وهناك العديد من الدراسات التي ركزت على ولاء العلامة التجارية أو ولاء الزبائن المقاس باستخدام المنهج السلوكي الذي يربط الولاء بتكرار الشراء ، إذ يقاس فقط من خلال الجانب السلوكي للولاء للعلامة التجارية (Rundle, 2006:7) ، وقد تم تصور ولاء العلامة التجارية وولاء الزبائن في الأدبيات السابقة من خلال نوعين رئيسيين هما ، الأنماط السلوكية والمواقف. إذ يهتم التصنيف السلوكي لمقاربة ولاء الزبائن بشكل أساسي بمقاييس تكرار الشراء ونسبة الشراء وتكرار الشراء، وقد اختلفت شعبية هذه المقاييس بمرور الوقت بين الباحثين إذ أن لكلا الفئتين نقاط قوة وضعف، وقد تم تحديد المقاييس السلوكية الخاصة بالولاء للعلامة التجارية من حيث عمليات الشراء الفعلية التي لوحظت خلال فترة زمنية معينة (Mellens et. al., 2006:44). ويمكن القول أن مزايا التدابير السلوكية هي:

- أ. المزايا التي تقوم على المشتريات الفعلية التي ترتبط مباشرة بالأداء.
  - ب. المزايا التي من غير المحتمل أن تكون عرضية لأنها تعتمد عادة على السلوك على مدى مدة من الزمن
  - ج. المزايا التي يكون فيها جمع البيانات أسهل نسبياً من البيانات السلوكية.
- ومما سبق يتضح لنا بأن الميل للتحويل يعني أن يميل الزبون إلى أن يكون أكثر التزاماً، وولاء للمنظمة ولن يبحث عن بدائل، أو يميل للتحويل لمنافس آخر.

**3- نوايا إعادة التعامل للمرة الثانية :-** تمثل نية العودة رغبة الزبون في الانخراط في زيارات متكررة إلى المنظمة (Bujisic et al.,2014: 1273). ويستخدم بعض الباحثين نية إعادة الشراء / إعادة التوطين لقياس ولاء الزبائن لموقع البيع بالتجزئة. فقد تظهر سلوكيات إعادة الشراء للزبائن عبر الإنترنت "ولاءً زائفاً" لأن الشراء المتكرر للزبائن من بائع التجزئة نفسه قد ينتج عن بعض العوامل الاقتصادية أو "بعض القيود الظرفية مثل عدم التوفر أو القصور الذاتي" (Christodoulides et al, 2011) ولا يمكن لسلوك الشراء المتكرر أن يفرق بين الولاء

الحقيقي والولاء الزائف، إذ أن سلوك إعادة الشراء قد لا يتنبأ بولاء الزبون ، ولكن ولاء الزبون سيؤدي إلى تكرار سلوكيات الشراء (Srinivasan et al., 2002:41) ، نوايا إعادة الشراء والكلام الشفهي وحدد (Srinivasan et al., 2002:41) ولاء الزبائن على أنه بُعد موقف يمكن استخدامه للتنبؤ بسلوك الزبون في إعادة الشراء. وفقاً لـ (Gefen,2002:29) "يتعامل ولاء الزبائن مع نوايا الزبائن للقيام بمزيد من الأعمال مع البائع والتوصية بهذا البائع للزبائن الآخرين". وتشمل مقاييس ولاء الزبائن في (Zeithaml et al.,2002:32) تشمل جزأين هما : نوايا إعادة الشراء والكلام الشفهي الإيجابي، يكشف (Srinivasan et al., 2002:42) أن ولاء الزبائن مرتبط بشكل إيجابي بسلوكهم الشفهي واستعدادهم لدفع المزيد. "كلما زاد رضا الزبائن ، زاد تسامحهم مع الزيادات. ويمكن أن يحدد قياس ولاء العلامة التجارية في المواقف الزبائن المعرضين للخطر في بيئة متغيرة، إذ إن تطوير نسبة عالية من الزبائن المخلصين هو الهدف النهائي لممارسي التسويق من أجل تحديد هؤلاء الزبائن غير الراضين عن تجربة الخدمة الذين يسعون إلى تغيير العلامات التجارية. ويشير هذا إلى أن مفهوم الولاء للمواقف يحتاج إلى تكملة المنهج السلوكي (على الأقل) في بعض أسواق الخدمات (Bennett&Rundle,2002:6). ويمكن تصنيف النوايا السلوكية على أنها مواتية وغير مواتية، وتمثل النوايا السلوكية المواتية الولاء المخادع (Chen&Chen,2010:29) ، وبما أن تجربة الزبائن مرتبطة بالنوايا، فكلما كانت تجربة الزبون أكثر إيجابية ، زادت احتمالية استعداده لإعادة استخدام الخدمة. وغالباً ما تمثل النوايا الإيجابية ولاء الزبون الراسخ. إذ ينعكس مستوى النوايا السلوكية المستقبلية في وجهة معينة على نية إعادة التعامل والاستعداد للتوصية به للآخرين (Chen et al.,2007: 1117). بالإضافة إلى ذلك ، فإن نية سلوك الزبون في المستقبل تقاس بشكل مختلف على أنه الاستعداد للتوصية ، وقول الأشياء الإيجابية والعودة إلى سابق الوجهة (Lee et al.,2011:1120). وتؤدي متغيرات الموقف من السلوك وتأثير الأهل والأصدقاء وأدراك الفرد وقدرته في السيطرة على سلوكه مجتمعة إلى تشكيل النية السلوكية (Azjen,2002:3). وأن عامل أدراك الفرد ومدى قدرته في السيطرة على السلوك لا يؤثر فقط وبشكل مباشر في السلوك الفعلي ولكن يؤثر فيه بشكل غير مباشر أيضاً من خلال متغير النية تجاه السلوك (Zhao et al.,2005:1267). وكقاعدة عامة كلما كان الموقف أكثر إيجابية من قبل كل من الفرد والأصدقاء ، وكان إدراك الفرد ومدى قدرته في السيطرة الفعلية على سلوكه أكبر كلما كان المتوقع أن تكون قدرة الأفراد لتنفيذ نياتهم أكبر عندما تسمح لهم الفرصة لذلك (Azjen,2002:5). والشكل (13) يوضح السلوك الشرائي.



شكل (13) نموذج السلوك الشرائي من وجهة نظر (Fishbein *et al.*,2000)

**Source:** Fishbein, Martin, Ajzen, Icek. 2000. Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley, p:55

ومما سبق يتبين لنا أن تكرار التعامل للمرة الثانية مع نفس المنظمة هو يكون برغبة الزبون في إعادة تكرار التعامل مرة أخرى مع المنظمة التي تقدم خدمة ذات جودة عالية؛ وتؤدي إلى ترك انطباع جيد لدى الزبون عن هذه الخدمة.



## المبحث الرابع

## العلاقة بين متغيرات الدراسة

أولاً : العلاقة بين التغطية الصحية الشاملة والقيمة المتحققة للزبون :-

أصبحت زيادة الوعي العام بأهمية خدمات الرعاية الصحية الممتازة لا غنى عنها من قبل المجتمع ، ولكل فرد نفس الحق في الوصول إلى الموارد في قطاع الرعاية الصحية وكذلك الخدمات الصحية الآمنة والعالية الجودة وبأسعار معقولة بدلاً من ذلك ، يلتزم كل شخص أيضاً بالمشاركة في برنامج الضمان الصحي الذي يتماشى مع متطلبات التغطية الصحية الشاملة. وهذا يدل على أن الرعاية الصحية حق من حقوق الإنسان ، إذ عند تقديم الخدمات الصحية الجيدة ، يجب على المركز الصحي الانتباه إلى بعض معايير الخدمات الصحية الجيدة ، مثل رضا المرضى ، وتوافر الأدوية ، والخدمات الصيدلانية ، وصورة العلامة التجارية وقيمة الزبون (Juhana et al., 2015:4305). إذ أن إرضاء المريض ، أصبح ضرورياً للمنظمات الصحية. وفي شكل إرضاء المريض ، هناك بعض الأشياء المهمة التي تجذب الانتباه، إذ أظهرت نتائج الدراسة التي أجراها (Heryanto et al., 2016:154) أن جودة الخدمة تؤثر بشكل كبير على رضا المرضى.

وكذلك الدراسة التي أجراها (Sidharta, et al., 2016:247) توصلت إلى نتيجة مفادها لا يتأثر رضا المرضى بجودة خدمات المستشفى فحسب ، بل يتحدد أيضاً من خلال قيمة الزبون. وأثبت (Lee et al.,2010:448) أن قيمة الزبون تؤثر بشكل كبير على رضا المرضى و الرضا كتقييم لما بعد الاستخدام أو تجربة الخدمة المقدمة على بديل يتم اختياره على الأقل يلبي التوقعات أو يفوقها، إذ سيؤثر وجود الرضا وعدم الرضا عن منتج أو خدمة على السلوك اللاحق (Lupiyoadi, 2001:108) . ويمكن تحقيق ذلك من خلال تلبية احتياجات ورغبات المريض والتسليم الدقيق للتعويض عن توقعات المريض، وإذا كان الزبون راضياً ، فمن المرجح أن يستخدم نفس المنتج أو الخدمة، الذي يقدمه المركز الصحي من جودة للخدمة وقيمة للزبون ورضا للمرضى. وعلى العكس من ذلك ، فإن الزبائن غير الراضين سيعيدون المنتج ويشتكون ، أو في أقصى الأحوال سيرفعون دعوى قضائية ضد المنظمة، بالإضافة إلى ذلك ، يؤدي سلوك التبدل ضمناً أيضاً إلى أن المنظمات لا تتاح لها الفرصة للاحتفاظ بالزبائن وليس لديها أي معلومات حول سبب عدم رضاهم (Kotler, 2009:118).

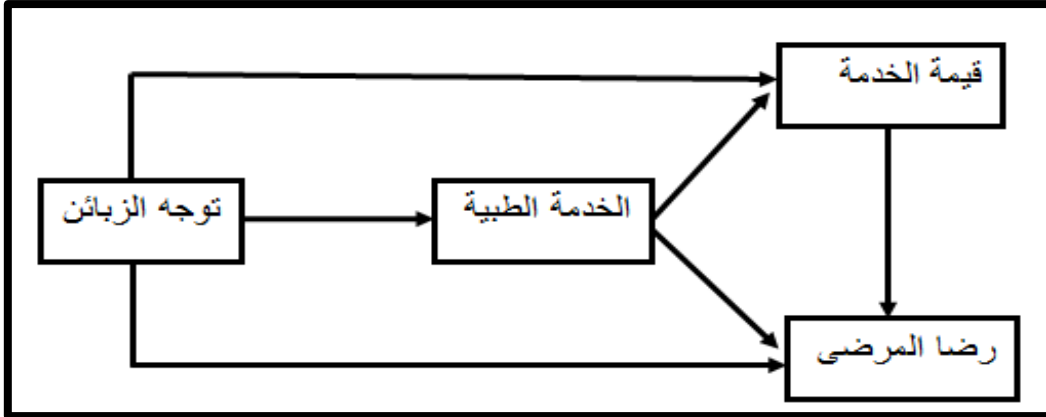


ووفقاً لـ (Donabedian,2005:691)، يمكن تلمس جودة الرعاية الصحية من خلال الجودة المطلقة للفوائد الصحية والجودة الاجتماعية على أساس التكلفة والجودة بشكل فردي بناءً على توقعات المرضى، وتشجع جودة الخدمة الجيدة المريض على إقامة علاقة قوية مع المستشفى على الأمد البعيد ، تتيح هذه العلاقة للمراكز الصحية أن تفهم بعناية توقعات واحتياجات المريض السائدة. سيتم تقييم المرضى بناءً على تصوراتهم عن الرعاية الصحية التي يتلقونها، هذا التصور يكمن وراء الجودة المدركة للخدمات الشاملة، بمعنى آخر، يشكل الزبائن تصورات لجودة الخدمات بناءً على تقييم الخدمات على مستويات مختلفة والجمع بين تقييم الخدمة المتشابهة في مركز صحي آخر.

أن القيمة المتحققة للزبون هي عامل مهم لنجاح واستمرارية المنظمات ، وفقاً لذلك ، يُعتقد أن القيمة المدركة هي نتيجة التقييم الذي أجراه الزبون في حدود الفوائد المستمدة من شراء أو استخدام منتج أو خدمة والتضحيات التي تم بذلها لتحقيق تلك الفوائد، وغالباً ما يتم تضمين النوايا السلوكية في نماذج القيمة المتصورة كمتغير للنتائج. ومع ذلك ، يبدو أنه يتم التعامل مع النوايا السلوكية بطريقة أحادية البعد ، وعادةً ما تكون في شكل نية إعادة الشراء ، أو كلام شفهي أو ولاء . وحتى الآن ، هناك العديد من الدراسات حول جودة الخدمة وقيمة الخدمة والرضا مثل نموذج (Zeithaml's Meansend) ، والذي تم استخدامه لتحليل العلاقة بين السعر والجودة والقيمة في القطاع الصحي. وأن عملية إدراك الزبون يمكن تقسيمها إلى ثلاثة مستويات (السمة ذات المستوى المنخفض ، وإدراك السمة ذات المستوى المتوسط ، والسمة عالية المستوى).

#### ثانياً : العلاقة بين القيمة المتحققة للزبون ونواياه السلوكية

اقترح (Cronin et al., 2001) أيضاً دراستهما حول العلاقة بين قيمة الزبون، وتوجه الزبائن، وجودة الخدمة المدركة للزبون ونية السلوك ، مما يشير إلى أن توجه الزبون يؤثر على جودة الخدمة المدركة للزبون بشكل مباشر، وأن جودة الخدمة تؤثر على قيمة الزبون بشكل إيجابي (Lee,2010:451)، والشكل (14) يوضح ذلك.



الشكل (14) العلاقة بين قيمة الزبون وتوجه الزبون ونية سلوك المستهلك

Source : Lee, W.I., Chen, C.W., Chen, T.H., Chen, C.Y. (2010), The relationship between consumer orientation, service value, medical care service quality and patient satisfaction: The case of a medical center in Southern Taiwan. African Journal of Business Management, p:451

واجتذبت الأبحاث حول جودة الخدمة وعلاقة الرضا اهتمامًا كبيرًا في الأدبيات بسبب الفكرة القائلة ( تؤدي جودة الخدمة العالية إلى رضا الزبائن وتحسين مستوى نواياهم السلوكية بما في ذلك الكلام الإيجابي الشفهي ، والتوصية للآخرين ، وإعادة زيارة مزود الخدمة أو منفذ الخدمة ، الخ). وعلى الرغم من الكثير من المساعي البحثية حول رضا الزبون وجودة الخدمة ، إلا أن الغموض حول ما إذا كانت تقييمات جودة الخدمة للزبائن تؤثر بشكل مباشر على نواياهم السلوكية أو ما إذا كان الرضا سابقة لجودة الخدمة لا تزال قائمة في الأدبيات ، Brady et al., (2001)

يعتقد عدد من الباحثين أن رضا الزبائن هو سابقة لجودة الخدمة ، في حين أن المجموعة الأخرى من الباحثين تجادل بأن جودة الخدمة هي سابقة لرضا الزبائن وأن الإدراك الإيجابي لجودة الخدمة يمكن أن يؤدي إلى رضا الزبائن ، مما يؤدي بالنتيجة إلى نوايا سلوكية إيجابية (Brady et al., 2001:53)

### ثالثًا : العلاقة بين التغطية الصحية الشاملة والنوايا السلوكية للزبون

نظرًا لأن خدمات الرعاية الصحية أصبحت أكثر تنافسية ، فإن ممارسي الرعاية الصحية والباحثين الأكاديميين يهتمون بشكل متزايد باكتشاف كيفية إدراك المرضى للجودة قبل بناء مستويات رضاهم وتوليد النوايا السلوكية، وتدرك المنظمات الصحية اليوم بشكل متزايد الحاجة إلى التركيز على جودة الخدمة كتدبير لتحسين وضعها التنافسي. لذلك تلعب المحددات القائمة على الزبون ، وتصورات جودة الخدمة دورًا مهمًا عند اختيار المركز الصحي (Arjun,2013:549).

وفي السنوات الأخيرة ، كان هناك اهتمام متزايد بخدمات المراكز الصحية ، إذ تغيرت مستويات المعيشة وتزايد الطلب على رعاية طبية أفضل لتحسين أنماط الحياة، وأصبح تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية الشغل الشاغل للمرضى ، ومن أجل تقديم خدمة أفضل للمرضى ، أصبحت جودة الخدمة ذات أهمية متزايدة للمراكز الصحية لاسيما ما يتعلق بإرضاء المرضى والاحتفاظ بهم (Alhashem et al., 2011:249)

وعلى سبيل المثال أوضح (Meehan et al., 2002) أن فهم تقييم المرضى الداخليين لأداء جودة خدمات المراكز الصحية سيحسن نتائج نظام الرعاية الصحية الحالي ويعزز جودة الخدمة ، وبالتالي ، يزداد عدد المرضى الداخليين الراضين عن الخدمة ، وسيستمر المرضى في زيارة مراكزهم الصحية (Arasli et al., 2008:8) . بالإضافة إلى ذلك ، من المرجح أن يظل المرضى الذين يقدرّون العلاقات مخلصين لمراكزهم الصحية ومع ذلك ، فإن المراكز الصحية التي تفشل في فهم أهمية تقديم جودة الخدمة وإرضاء الزبائن قد تدعو إلى احتمال خسارة المرضى، وبالتالي ، إذ يجب أن يكون تعزيز النية السلوكية محركاً رئيساً للمستشفيات في الحفاظ على علاقة بعيدة الأمد مع مرضاهم (Kessler et al., 2011:266) .

وأوضح (Trumble et al.,2006:306) أن المرضى قادرون على تقييم مهارات الأطباء والمرضات عند تعاملهم معهم، إن قدرة المرضى على فهم وإدراكهم لنتائج خدمات المستشفى تؤثر بشكل كبير على تجارب تقييم المرضى الإجمالية.

تؤكد هذه النتائج أن العلاقة بين المريض والطبيب تتأثر بشكل كبير بسلوك التفاعل لمقدمي الخدمة (الأطباء) وتعزز ثقة المرضى في أطبائهم (Gaur et al., 2011) . وبالمثل ، سلط (Sandoval et al., 2006:266) الضوء على أن الامتثال للنصائح الطبية والعلاج يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالنتائج الصحية والجودة المدركة ، وعلى الرغم من أن إدراك المريض لمستوى جودة الخدمة يؤثر بشكل كبير على اختيار المركز الصحي ، إلا أنه ليس من السهل على المريض فهم مستوى جودة الخدمة المقدمة نظراً لكون المراكز الصحية معقدة وفريدة من نوعها في جميع خصائصها وتتضمن أبعاداً عديدة لتقييم جودة الخدمة (Arasli et al., 2008:12). وأن المرضى يكونون مؤهلين بشكل أكبر لقياس أبعاد الجودة الوظيفية، ويشير تقييم المرضى لجودة خدمات الرعاية الصحية إلى التفاعل بين المرضى والأطباء ، وسيؤدي هذا التفاعل إلى تطوير ثقة المرضى في جودة الخدمات الطبية التي تقدمها المراكز الصحية (Suki et al., 2011:42).

# الفصل الثالث

الإحصاءات الوصفية و اختبار فرضيات

الدراسة

المبحث الأول: اختبار مقاييس الدراسة وبناء نماذجها

المبحث الثاني: عرض وتحليل مستوى أهمية متغيرات الدراسة

المبحث الثالث: اختبار فرضيات علاقات الارتباط وتحليلها

## المبحث الأول

## اختبار مقاييس الدراسة وبناء نماذجها

## توطئة:-

تمثلت عينة الدراسة في مجموعة من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الصحية الأولية في مركز مدينة الديوانية، إذ بلغت عينة الدراسة أربع مائة وأحدى وتسعون مريض وهو يمثل العدد الكلي بعد إهمال عدد الاستثمارات التالفة (المفقودة) وغير المسترجعة والبالغة (9) إذ كان عدد الاستثمارات الموزعة (500) استمارة ، وعليه فقد تم تبويب البيانات واستعمالها بشكل يسهم في خدمة متطلبات الدراسة الحالية، وبالتالي فإن الأساس من هذا المبحث هو فحص بيانات الدراسة من خلال إخضاعها لمجموعة من الاختبارات

## أولاً: الترميز والتوصيف

أن تحليل البيانات بسهولة وبمصدقية عاليه، واستخراج نتائج دقيقة يتطلب التعبير عنها بمجموعة من الرموز التي تسهل التحليل الإحصائي للبيانات الداخلة في التحليل، والجدول (16) يوضح توصيف وترمز متغيرات وأبعاد الدراسة

جدول (16) ترميز وتوصيف متغيرات الدراسة

الرمز	عدد الفقرات	المتغيرات		ت
		الفرعية	الرئيسية	
UHP	7	التغطية السكانية	التغطية الصحية الشاملة (UHC)	1
UHS	6	تغطية الخدمات الصحية		
UHF	6	التغطية المالية		
CFU	3	القيمة الوظيفية	القيمة المتحققة للزبون (CUV)	2
CSE	4	القيمة العاطفية		
CFI	5	القيمة المالية		
CSO	4	القيمة الاجتماعية		
BLO	4	الولاء الموقفي	النوايا السلوكية للزبون (CBI)	3
BSH	2	الميل للتحويل		
BIR	3	نية تكرار التعامل للمرة الثانية		

## ثانيا: فحص بيانات الدراسة

## 1. فحص القيم المفقودة

أن اهتمام الباحث في تبويب البيانات التي تم جمعها من مجتمع الدراسة وتبويبها في البرامج الكفيلة بقياس النتائج التي تسعى الدراسة الوصول إليها، إلا أن في بعض الأحيان قد يفقد الباحث البيانات نتيجة عدم ملئ بعض الفقرات أو المتغيرات أثناء إدخال البيانات، وبالتالي تساعد عملية تشخيص القيم المفقودة كثيراً في تجنب الأخطاء الناجمة عنها، إذ تمتلك البرامج الإحصائية القابلية على التعامل في تشخيص هذا النوع من البيانات من خلال استخدام برنامج (SPSS.V.26) في استخراج التكرارات الكفيلة بتحديد البيانات المفقودة، وعليه فقد تبين أن الفقرة (87، 153، 334، 392، 411) تعاني من عدة فقرات مفقودة وبالتالي لجأت الباحثة إلى حذفها واستخدام باقي البيانات كونها لا تعاني من أي مشكلة، وهذه القيم تمثلت في (5) استمارات من الاستمارات المسترجعة كما أن الاستمارات غير المسترجعة كانت (4) استمارات.

## 2. فحص التوزيع الطبيعي للبيانات

قبل الأقدام على تحليل البيانات واستخراج النتائج المطلوبة، يتعين الإجابة على تساؤل مهم وهو ( هل يمكن تعميم النتائج المستخرجة على المجتمع أو لا)، الأمر الذي يدل على ضرورة إخضاع البيانات الداخلة في التحليل إلى مجموعة من الاختبارات الإحصائية الضرورية للكشف عن طبيعة ونوع انتشار البيانات، فضلا عن التعرف على القيمة المعنوية لهذه البيانات، وهل هي أعلى من (0.05) لكي تنصف بعملية القبول، بينما إذا كانت القيمة المعنوية اقل من (0.05) فإنه يتعين رفض النتائج التي تم التوصل إليها. وعليه يُعد اختباري كولمجروف - سيمنروف (Kolmogorov - Smirnov) والذي يعتمد على قيمة (P-value) من أشهر هذه المقاييس الإحصائية وهي مقبولة عندما تكون اكبر من (0.05)، وعليه فمن اجل الكشف عن الإجابة على التساؤل أعلاه يتعين اختبار فرضيتين هما:

الفرضية الصفرية (Ho) : أن البيانات الداخلة في التحليل لا تتبع التوزيع الطبيعي عند مستوى معنوية اقل من (0.05).

الفرضية البديلة (H1) : أن البيانات الداخلة في التحليل تتبع التوزيع الطبيعي عند مستوى معنوية أعلى من (0.05). وعليه يوضح الجدول (17) التوزيع الطبيعي لأبعاد ومتغيرات الدراسة.

جدول (17) نتائج التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة

K-S.		المتغيرات		
dF	Sig.			
491	0.206	0.203	1 التغطية السكانية	
		0.139	2 تغطية الخدمات الصحية	
		0.263	3 التغطية المالية	
	التغطية الصحية الشاملة			
	0.176	0.252	1 القيمة الوظيفية	
		0.185	2 القيمة العاطفية	
		0.251	3 القيمة المالية	
		0.230	4 القيمة الاجتماعية	
	القيمة المتحققة للزبون			
	0.187	0.226	1 الولاء الموقفي	
		0.237	2 الميل للتحويل	
		0.299	3 نية تكرار التعامل للمرة الثانية	
النوايا السلوكية				

تبين نتائج الجدول (17) لاختبار التوزيع الطبيعي كولمجروف- سميرنوف أن قيمة الاختبار أعلى من (0.05) ما يدل على أن البيانات الداخلة في التحليل تتصف بصفة قبولية، كونها حققت الشرط المطلوب، الأمر الذي يدل على قبول الفرضية البديلة والتي تنص على (أن البيانات الداخلة في التحليل تتسم بكونها تخضع لشروط التوزيع الطبيعي)، فضلا عن رفض الفرضية الصفرية التي تنص على انه ( لا يوجد توزيع طبيعي للبيانات الداخلة في التحليل)، وعليه يمكن القول انه يمكن تحليل البيانات وفق الاختبارات الإحصائية المعلمية، كونها حققت شرط اختباري التوزيع الطبيعي.

### ثالثا:- التحليل العاملي الاستكشافي

يمثل التحليل العاملي الاستكشافي مرتكز أساس من اجل اختبار العلاقة بين متغيرات الدراسة والعوامل الكامنة وبيان العوامل الداخلة والعوامل الخارجة من فقرات إبعاد الدراسة، فضلا عن الكشف عن العوامل التي يمكن أن تصف المتغيرات بشكل كبير، ليتسنى لها تفسير وتبسيط المتغيرات واختزال فقراتها إلى اقل عدد ممكن من العوامل والتي تعكس الأبعاد الأساس في البيانات الداخلة في التحليل، كما يهدف هذا الاختبار بالسماح إلى أبرز مجموعة من العوامل الكامنة التي يصعب الكشف عنها والتي يمكن أن يكون لها دور في تفسير العلاقات بين عدد كبير من المتغيرات والحصول على مجموعة جديدة من المتغيرات وبعدها اقل لتحل جزئيا او كليا محل



المجموعة الاصلية من المتغيرات، فضلا عن تحديد الفقرات التي لا ترتبط ارتباطا وثيقا بابعاد الدراسة، وهذا الأمر يمكن الجزم عليه من خلال توفر مجموعة من الشروط يمكن تلخيصها في الآتي:

1. يشترط أن تكون المتغيرات موزعة توزيعا طبيعيا والإ يكون توزيعها ملتويا للتواء شديد.
  2. وجود علاقة خطية بين المتغيرات من اجل تفسير طبيعة ونوع العلاقة بدقة عالية.
  3. يجب أن لا تكون العينة التي سوف يتم التطبيق عليها اقل من (350).
  4. يجب أن لا تقل قيمة التشبع الإحصائية الخاصة بالفقرات عن (0.40).
  5. يجب أن تكون النسبة التراكمية المفسرة اكبر من (0.60).
  6. يجب أن لا تقل قيمة الجذر الكامن عن الواحد الصحيح (Chan et al.,2007).
- ولغرض التحقق من قوة الارتباط الداخلية بين العوامل الكامنة يتعين أن يتم استخدام اختبار كايسر ماير أو لكن (KMO) (Kaiser,1974)، من اجل الكشف عن طبيعة ونوع العلاقة بين المتغيرات وهذا الأمر يستند إلى مجموعة من المعايير يمكن توضيحها في الجدول (18).

الجدول (18) معيار مفاضلة التشبعات لكفاية حجم العينة لـ (KMO)

كفاية الارتباط	قيمة (KMO&Bartlett's Test)
غير مقبولة	اقل من (0.50)
سيئة جداً	0.59 – 0.50
متوسطة	0.69 – 0.60
معتدلة	0.79 – 0.70
جيدة	0.89 – 0.80
ممتازة	اكبر من 0.90

Source: Kaiser, H.F. (1974) An index of factorial simplicity. Psychometrical, 39, P33.

ولأجل أثبات أن المصفوفة ليست مصفوفة واحدة أي أن إبعاد الدراسة تمثل نفسها' فانه يتعين عدم وجود علاقة خطية بين العوامل الكامنة للمتغير، وبالتالي يتعين أن تكون قيمة اختبار (Bartlett's) دالة إحصائية أي اكبر من (0.00001) من اجل رفض الفرضية الصفرية، وعليه فان النتائج الخاصة بقياس التحليل العاملي الاستكشافي للمتغيرات الداخلية في هذه الدراسة يتم كما يلي:



أ. يشير اختبار (KMO) إلى وجود علاقة بين العوامل الداخلة لمتغير التغطية الصحية الشاملة، و متغير النوايا السلوكية، ليشير إلى كفاية حجم العينة المدروسة وان قيمة الاختبار هي قيمة ممتازة ومقبولة، فضلا عن أن العلاقة بين العوامل الكامنة علاقة غير خطية وهذا ما دل عليه اختبار (Bartlett's) ليدل على إن مصفوفة الارتباط هي مصفوفة ليست واحدة وان كل متغير يمثل نفسه.

ب. أظهرت نتائج الجدول (19) أن قيمة اختبار (KMO=0.802) لمتغير التغطية الصحية الشاملة وهي قيمة جيدة وفقا لتصنيف (Kaiser,1974) مما يدل على أن كفاية حجم العينة المدروسة وان العوامل الداخلة في تحليل متغير التغطية الصحية الشاملة تمثل نفسها، ليدعم هذه النظرية قيمة مربع كاي سكوير (8441.130) وبدرجة حرية مساوية لـ (490).

ت. أظهرت نتائج الجدول (19) أن قيمة اختبار (KMO=0.871) لمتغير النوايا السلوكية للزبون وهي قيمة جيدة وفقا لتصنيف (Kaiser,1974) مما يدل على أن كفاية حجم العينة المدروسة وان العوامل الداخلة في تحليل متغير النوايا السلوكية للزبون تمثل نفسها، ليدعم هذه النظرية قيمة مربع كاي سكوير (3251.933) وبدرجة حرية مساوية لـ (490).

الجدول (19) قوة الارتباط بين عوامل متغيرات الدراسة

KMO and Bartlett's Test			
المتغيرات		التغطية الصحية	النوايا السلوكية
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0.802	0.871
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	8441.130	3251.933
	df	490	
	Sig.	0.000	

كما تظهر نتائج الجدول (20) أن التشبعات المعياري لمتغير التغطية الصحية الشاملة جاءت منسجمة ومتقاربة وفقا لمعايير (Chan et al.,2007) والتي تفرض ضرورة أن تكون التشبعات المعيارية أعلى من (0.40) ليظهر هذا الأمر أن التشبعات المعيارية عند مستوى مقبول اقل من (0.00001) وهي وبجذر كامن تراوح (4.630-7.432) وبتباين مفسر قدره (-39.118-

24.368) وبتباين تراكمي قيمته (100)، ليشير هذا الأمر إلى أن التشبعات المعيارية لمتغير التغطية الصحية الشاملة تتوافق مع آراء عينة الدراسة.

الجدول (20) تشبعات التحليل العاملي الاستكشافي لعوامل التغطية الصحية الشاملة

التشبعات الخاصة بالعامل			الفقرات
الثالث	الثاني	الأول	
<b>بُعد التغطية السكانية (UHP)</b>			
		0.695	<b>UHP1</b>
		0.688	<b>UHP2</b>
		0.781	<b>UHP3</b>
		0.664	<b>UHP4</b>
		0.785	<b>UHP5</b>
		0.719	<b>UHP6</b>
		0.808	<b>UHP7</b>
<b>بُعد تغطية الخدمات الصحية (UHS)</b>			
	0.849	<b>UHS1</b>	
	0.798	<b>UHS2</b>	
	0.638	<b>UHS3</b>	
	0.784	<b>UHS4</b>	
	0.662	<b>UHS5</b>	
	0.768	<b>UHS6</b>	
<b>بُعد التغطية المالية (UHF)</b>			
0.676	<b>UHF1</b>		
0.601	<b>UHF2</b>		
0.676	<b>UHF3</b>		
0.756	<b>UHF4</b>		
0.775	<b>UHF5</b>		
0.816	<b>UHF6</b>		
<b>4.630</b>	<b>6.938</b>	<b>7.432</b>	<b>الجذر الكامن</b>
<b>24.368</b>	<b>36.516</b>	<b>39.118</b>	<b>النسبة المئوية للتباين المفسر%</b>
<b>100.00</b>	<b>75.634</b>	<b>39.118</b>	<b>النسبة المئوية التراكمية للتباين%</b>

وتستعرض نتائج الجدول (21) أن التشبعات المعيارية لمتغير النوايا السلوكية للزبون جاءت منسجمة ومقاربة وفقا لمعايير (Chan et al.,2007) والتي تفرض ضرورة أن تكون التشبعات

المعيارية أعلى من (0.40) ليظهر هذا الأمر أن التشبعات المعيارية عند مستوى مقبول اقل من (0.00001) وهي وبجذر كامن تراوح (1.446-5.302) وبتباين مفسر قدره (16.067-58.991) وبتباين تراكمي قيمته (100)، ليشير هذا الأمر إلى أن التشبعات المعيارية لمتغير النوايا السلوكية للزبون تتوافق مع آراء عينة الدراسة.

الجدول (21) تشبعات التحليل العاملي الاستكشافي لعوامل النوايا السلوكية للزبون

التشبعات الخاصة بالعامل			الفقرات
الثالث	الثاني	الأول	
<b>بُعد الولاء الموقفي (BLO)</b>			
		0.784	<b>BLO1</b>
		0.587	<b>BLO2</b>
		0.695	<b>BLO3</b>
		0.671	<b>BLO4</b>
<b>بُعد الميل المتحول (BSH)</b>			
	0.651	<b>BSH1</b>	
	0.711	<b>BSH2</b>	
<b>بُعد نية تكرار التعامل للمرة الثانية (BIR)</b>			
0.748	<b>BIR1</b>		
0.938	<b>BIR2</b>		
0.741	<b>BIR3</b>		
<b>1.446</b>	<b>2.252</b>	<b>5.302</b>	<b>الجذر الكامن</b>
<b>16.067</b>	<b>25.022</b>	<b>58.911</b>	<b>النسبة المئوية للتباين المفسر%</b>
<b>100</b>	<b>83.933</b>	<b>58.911</b>	<b>النسبة المئوية التراكمية للتباين%</b>

ربعا : اختبار أداة القياس

تمثل الإستبانة الأداة الأساسية التي تقوم عليها الدراسة الحالية، وان عملية اختبار صدق وسلامة مقاييس الدراسة تُعد من الخطوات المهمة التي يمكن من خلالها الحصول على نتائج دقيقة وموضوعية لغرض الوصول إلى أهداف الدراسة، بالتالي فان هذا الأمر يتطلب معيارين أساسيين هما الصدق والثبات وعلى النحو الآتي:

## 1. صدق أداة قياس الدراسة

يمثل الصدق البنائي لأداة القياس بيان مدى ثبات أداة القياس المدروسة تجاه العينة المدروسة، أي بعبارة أخرى أن أداة القياس هي الأهداف التي تسعى الدراسة إلى قياسها (Sekaran & Bougie, 2010: 177)، من خلال:

## أ. الصدق الظاهري لأداة الدراسة

و يسمى عادةً بصدق المحكمين، إذ يتعين في بادئ الأمر وقبل توزيع استمارة الاستبانة إخضاعها إلى مجموعة من الخبراء ذوي الخبرة العالية في تقييم وتحكيم أدوات الاستبانة، على هذا الأساس تم إخضاع الاستبانة الأولية إلى مجموعة من الخبراء من أجل إحداث تغيير وتعديل على فقرات الاستبانة لكي تتلاءم مع العينة المدروسة وقد بلغ عدد المحكمين (10) محكماً، الملحق (1).

## ب. الصدق البنائي لأداة الدراسة

يهتم هذا النوع من الاختبارات بقياس مدى تلاءم أداة القياس مع الأساس النظري والمفاهيمي الذي تسعى الدراسة إلى استيضاحه من خلال مجموعة من الأسس النظرية (Sekaran, 2003: 177) ويهتم الصدق البنائي في قياس مدى قدرة الفقرة على تفسير البعد الذي وضعت من أجله (Hair et al., 2010: 679)، فهذا النوع من الاختبارات يتطلب من الدراسات أن تعتمد على أداة الاستبيان من أجل تحديد مدة قوة وطبيعة انتماء الفقرة إلى الإبعاد، والأجابة على تساؤل مهم مفاده هل أن النموذج الذي يتم بناءه ملائم للظاهرة المعنية، وبالتالي تحدد قوة هذا النموذج من خلال استخدام ما يسمى بنمذجة المعادلة الهيكلية الهادفة إلى تقليص عدد المتغيرات الكامنة إلى أقل حد ممكن من خلال إهمال الفقرات التي تؤثر على النموذج، وتحدد من قوته، ومن الأساليب الأخرى تحليل المسار الذي يتعامل مع تحديد العلاقات المباشرة، وغير المباشرة بين المتغيرات، وتحليل الانحدار الذي يدرس علاقات التأثير بين متغيرات مستقلة ومتغير معتمد. وبهذا فهي تعد من أفضل الطرق التي تستخدم لاختبار النماذج متعددة المتغيرات.

فعادةً ما يستخدم التحليل العاملي التوكيدي من أجل استثمار نمذجة المعادلة الهيكلية في تحليل المتغيرات الكامنة (Byrne, 2010:5)، وعند بناء النموذج لا بد من قياس دقة

وموضوعية النموذج لغرض إصدار الحكم تجاه قبوله أو رفضه من خلال مجموعة من المؤشرات الدالة على جودة النموذج، والجدول (22) يبين مؤشرات جودة المطابقة الهادفة إلى قياس قوة نمذجة المعادلة الهيكلية.

جدول (22) مؤشرات جودة المطابقة

القاعدة العامة	المؤشر	ت
مؤشرات جودة المطابقة (Goodness-of-Fit)		
اقل من 5	النسبة بين قيمة مربع كاي سكوير $x^2$ ودرجات الحرية (df)	1
اكبر من 0.90	مؤشر حسن المطابقة (GFI)	2
اكبر من 0.90	مؤشر حسن المطابقة المصحح (AGFI)	3
بين 0.08 - 0.05	مؤشر جذر متوسط مربع الخطأ التقريبي (RMSEA)	4
الأوزان المقبولة 0.30 او اعلى	الأوزان الانحدارية المعيارية (التشبعات المعيارية) (Standardized Regression Weights)	ب

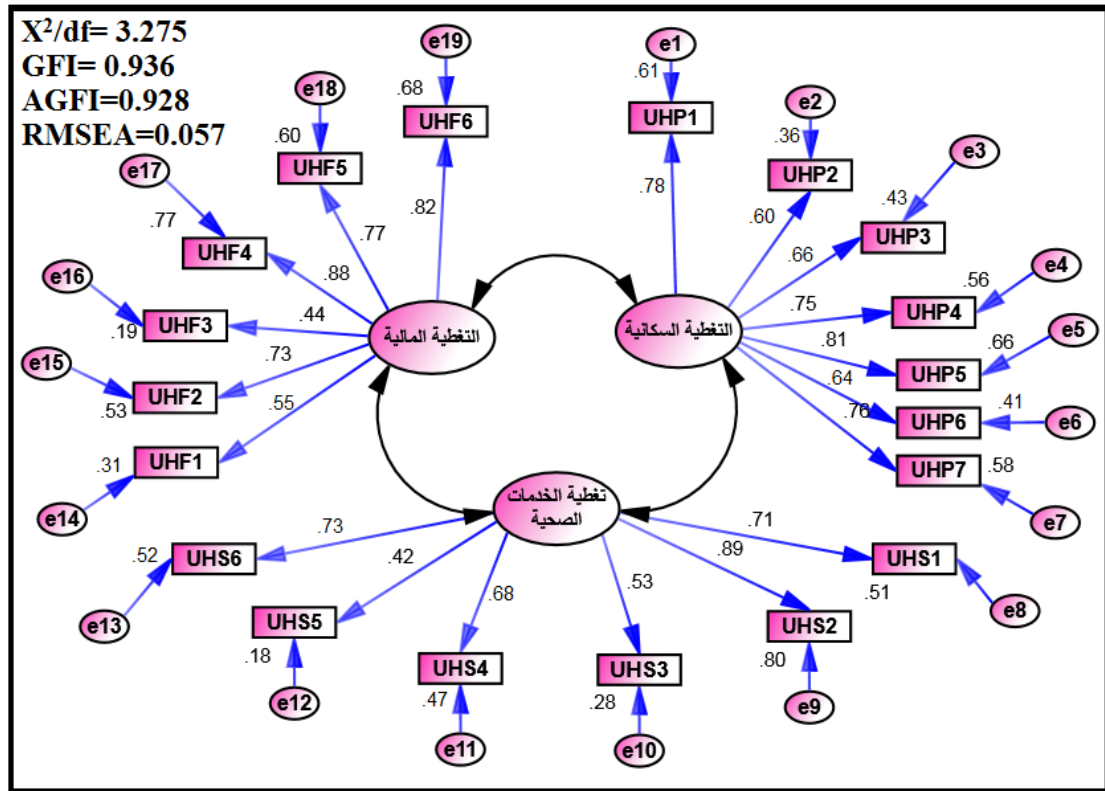
Source: Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J., & Anderson, R.E. (2010).

"Multivariate Data Analysis", 7<sup>th</sup> ed., Prentice Hall, Upper Saddle.

وسيتم تناول متغيرات الدراسة كالاتي :

أولاً:- مقياس التغطية الصحية الشاملة

تمّ بناء المخطط البنائي الهادف إلى قياس مدى انتماء الفقرات لإبعاد التغطية الصحية الشاملة ومن ثم استخراج مؤشرات الجودة الشاملة للحكم على مدى قبول ودقة النموذج، وعليه فقد تم تصميم المخطط البنائي التوكيدي لفقرات التغطية الصحية الشاملة بواسطة استخدام الحزمة الإحصائية لبرنامج (AMOS.V.25)، ونتائج الشكل (15) تبين أن قيمة مربع كاي سكوير ( $X^2$ ) إلى درجة الحرية بلغت (3.275)، وبمؤشر حسن مطابقة (GFI) مساوٍ لـ (0.936)، وبمعامل مصحح (AGFI) قدره (0.928)، وبمتوسط مربع خطأ معياري (RMSEA) مقداره (0.057)، وعليه تبين النتائج المستعرضة إلى قبول النموذج كونها حققت الشروط التي عكسها الجدول (22) ، ما يدل على إمكانية إدارة الكوادر الصحية أن تستثمر التغطية الصحية الشاملة من أجل تحسين قدراتها تجاه التغطية السكانية والمالية ، والخدمات الصحية بشكل يخدم صالح المركز والأفراد بشكل عام.



الشكل (15) النموذج البنائي لمتغير التغطية الصحية الشاملة

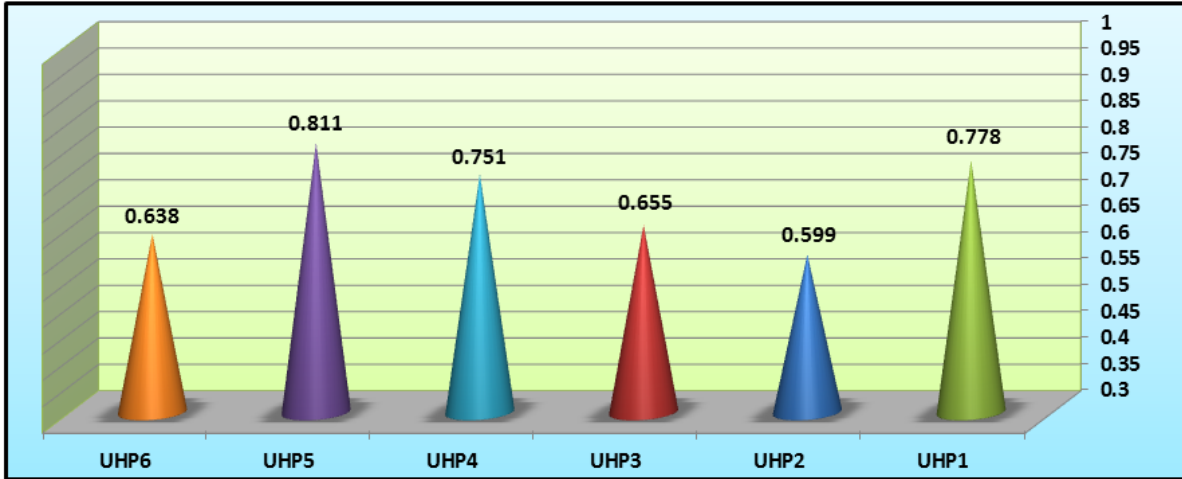
الجدول (23) التشعبات المعيارية لمتغير التغطية الصحية الشاملة

تغطية الخدمات الصحية				التغطية السكانية			
التشعبات	الفقرة	المسار	البُعد	التشعبات	الفقرة	المسار	البُعد
0.713	UHS1	<---	UHS	0.778	UHP1	<---	UHP
0.892	UHS2	<---	UHS	0.599	UHP2	<---	UHP
0.532	UHS3	<---	UHS	0.655	UHP3	<---	UHP
0.682	UHS4	<---	UHS	0.751	UHP4	<---	UHP
0.424	UHS5	<---	UHS	0.811	UHP5	<---	UHP
0.723	UHS6	<---	UHS	0.638	UHP6	<---	UHP
				التغطية المالية			
0.553	UHF1	<---	UHF				
0.730	UHF2	<---	UHF				
0.441	UHF3	<---	UHF				
0.878	UHF4	<---	UHF				
0.774	UHF5	<---	UHF				
0.825	UHF6	<---	UHF				
0.760	UHP7	<---	UHF				

يلاحظ من نتائج الجدول (23) إلى أن الأوزان المعيارية (التشعبات المعيارية) للفقرات أسهمت في تفسير إبعاد متغير التغطية الصحية الشاملة وعلى النحو الآتي:

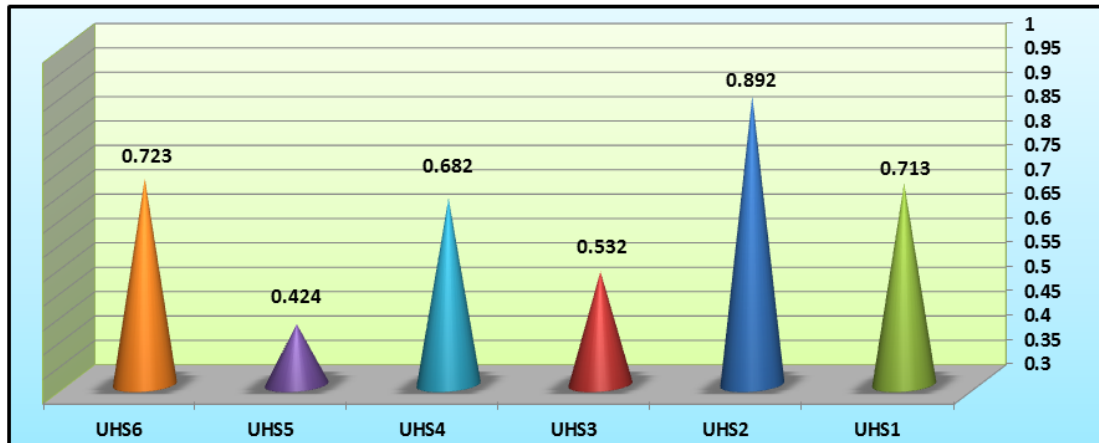
1) **بُعد التغطية السكانية:** تشير النتائج إلى أن الفقرة الخامسة (UHP5) أسهمت في تفسير (0.811) من بُعد التغطية السكانية؛ ما يدل على اهتمام مراكز الرعاية الصحية

بتوفير الخدمات العلاجية الطبيعية لمرضى المحافظة وابعائها، بينما جاءت الفقرة الثانية (UHP2) في المرتبة الأخير ، وبواقع وزن معياري مساوي لـ (0.599) وبالتالي يتعين على المراكز الصحية الاهتمام بتوفير الرعاية الصحية الوقائية للمرضى، والشكل (16) يوضح أهمية كل فقرة من فقرات المراكز الصحية.



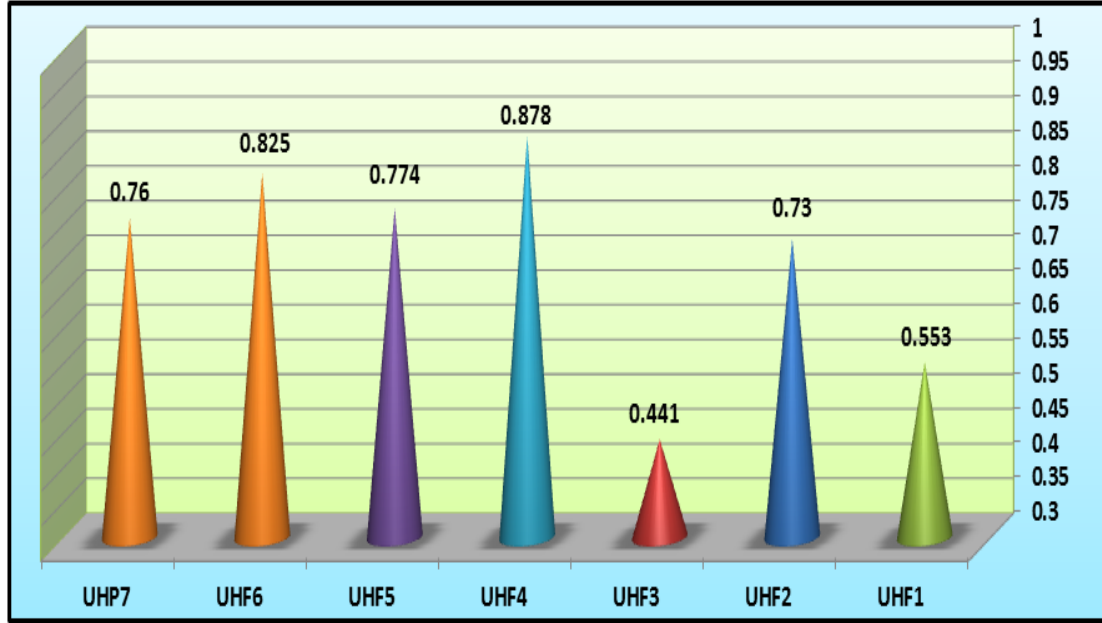
الشكل (16) أهمية فقرات بُعد التغطية السكانية

2) بُعد تغطية الخدمات الصحية: تبين النتائج إلى أن الفقرة الثانية (UHS2) أسهمت في تفسير (0.892) من بُعد تغطية الخدمات الصحية مما يدل على اهتمام المراكز الصحية بتوفير مجال صحي نفسي وذهني للمرضى من أبناء المحافظة، بينما جاءت الفقرة الخامسة (UHS5) في المرتبة الأخيرة ، وبوزن معياري مقداره (0.424) مما يتعين على المراكز الصحية الاهتمام بتحسين الإجراءات الصحية الوقائية، والعلاجية لجميع المرضى دون استثناء، والشكل (17) يوضح أهمية كل فقرة من فقرات المراكز الصحية.



الشكل (17) أهمية فقرات بُعد تغطية الخدمات الصحية

3) **بُعد التغطية المالية:** أسفرت النتائج إلى أن الفقرة الرابعة (UHF4) أسهمت في تفسير (0.878) من بُعد التغطية المالية مما يدل على اهتمام المراكز الصحية بضمان تقديم أولويات الخدمات الصحية بجودة عالية، بينما جاءت الفقرة الثالثة (UHF3) في المرتبة الأخيرة وبوزن معياري بلغ (0.441) مما يتعين على المراكز الصحية الاهتمام بتقديم الخدمات الصحية للمرضى بتكلفة منخفضة من أجل مراعاة الظروف المالية لهم، والشكل (18) يوضح أهمية كل فقرة من فقرات المراكز الصحية.

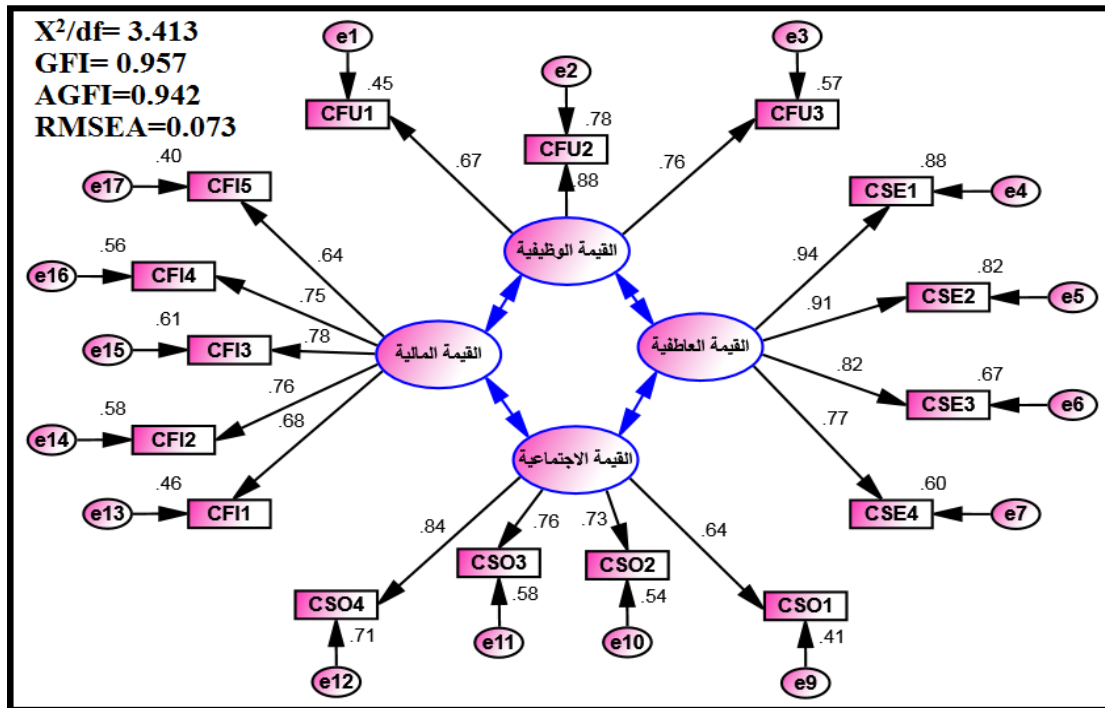


الشكل (18) أهمية فقرات بُعد التغطية المالية

#### ثانياً:- مقياس القيمة المتحققة للزبون

تبين نتائج الشكل (19) إلى أن قيمة مربع كاي سكوير ( $X^2$ ) إلى درجة حرية مقدارها (3.413)، وبمؤشر حسن مطابقة (GFI) بلغ (0.957)، وبمعامل مصحح (AGFI) مساوٍ لـ (0.942)، وبمتوسط مربع خطأ معياري (RMSEA) قيمته (0.073)، وعليه تبين النتائج المستعرضة إلى قبول النموذج كونها حققت الشروط التي عكسها الجدول (22)، مما يدل على إمكانية إدارة الكوادر الصحية أن تعزز من القيمة المتحققة للزبون من أجل تحسين قدراتها تجاه القيمة الوظيفية، والقيمة العاطفية، والقيمة المالية، والقيمة الاجتماعية بشكل يخدم صالح المركز والأفراد بشكل عام.





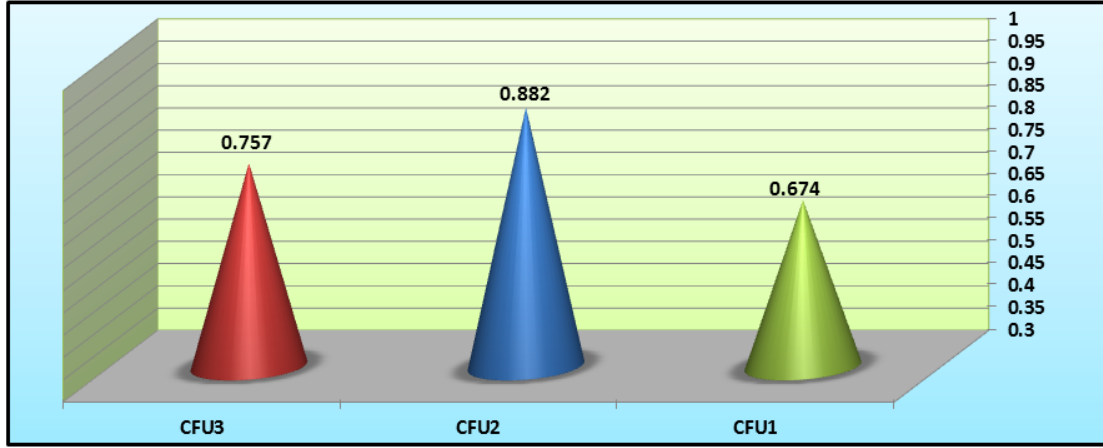
الشكل (19) النموذج البنائي لمتغير القيمة المتحققة للزبون

وقد أسفرت نتائج الجدول (24) إلى أن الأوزان المعيارية (التشبعات المعيارية) للفقرات أسهمت في تفسير أبعاد متغير القيمة المتحققة للزبون وعلى النحو الآتي:

جدول (24) التشبعات المعيارية لمتغير القيمة المتحققة للزبون

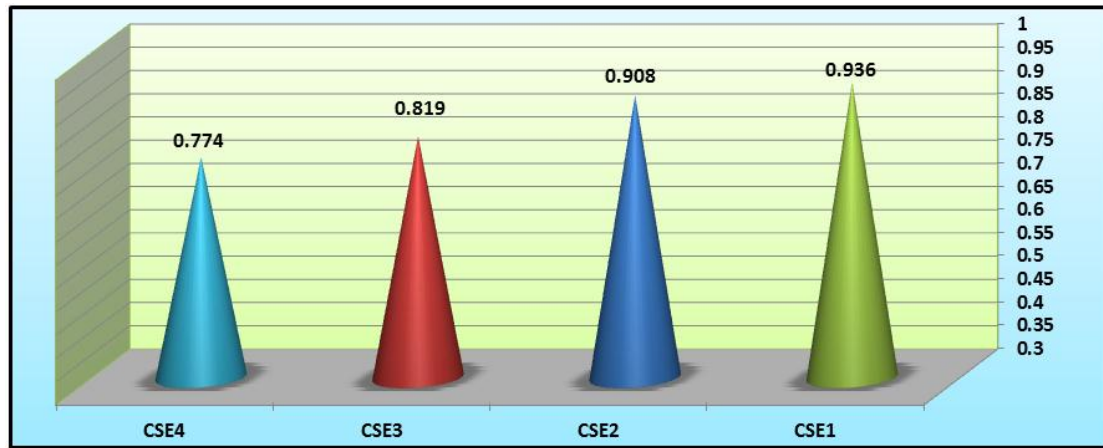
القيمة العاطفية (CFE)				القيمة الوظيفية (CFU)			
التشبعات	الفقرة	المسار	البُعد	التشبعات	الفقرة	المسار	البُعد
0.936	CSE1	<---	CSE	0.674	CFU1	<---	CFU
0.908	CSE2	<---	CSE	0.882	CFU2	<---	CFU
0.819	CSE3	<---	CSE	0.757	CFU3	<---	CFU
0.774	CSE4	<---	CSE				
القيمة الاجتماعية (CSO)				القيمة المالية (CFI)			
0.637	CSO1	<---	CSO	0.675	CFI1	<---	CFI
0.732	CSO2	<---	CSO	0.761	CFI2	<---	CFI
0.760	CSO3	<---	CSO	0.778	CFI3	<---	CFI
0.844	CSO4	<---	CSO	0.750	CFI4	<---	CFI
				0.636	CFI5	<---	CFI

(1) **بُعد القيمة الوظيفية:** تبين النتائج إلى أن الفقرة الثانية (CFU1) أسهمت في تفسير (0.882) من بُعد القيمة الوظيفية مما يدل على اهتمام مراكز الرعاية الصحية بتقديم خدمات متميزة وذات جودة عالية، بينما جاءت الفقرة الثانية (CFU2) في المرتبة الأخير وبواقع وزن معياري مساوي لـ (0.674) مما يتعين على المراكز الصحية الاهتمام بالخدمات الصحية النمطية من أجل تحسين قيمتها الوظيفية، والشكل (20) يوضح أهمية كل فقرة من فقرات المراكز الصحية.



الشكل (20) أهمية فقرات بُعد القيمة الوظيفية

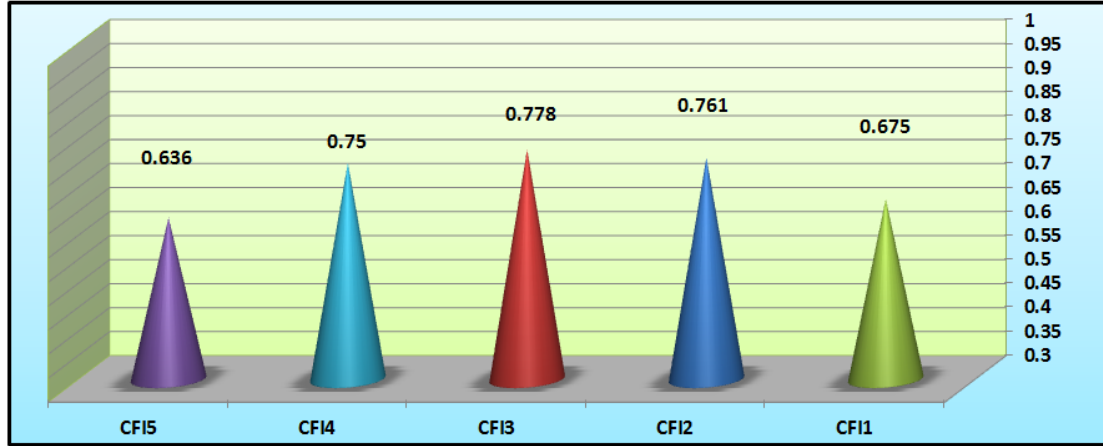
(2) **بُعد القيمة العاطفية:** تعكس النتائج إلى أن الفقرة الأولى (CSE1) أسهمت في تفسير (0.936) من بُعد القيمة العاطفية مما يدل على اهتمام مراكز الرعاية الصحية برفاهية المريض وتحسين الحالة النفسية له، بينما جاءت الفقرة الرابعة (CSE4) في المرتبة الأخيرة وبواقع وزن معياري مساوي لـ (0.774) ما يتعين على المراكز الصحية الاهتمام بمشاعر المريض والراحة النفسية له من خلال تحسين الخدمات العاطفية المقدمة، والشكل (21) يوضح أهمية كل فقرة من فقرات المراكز الصحية.



الشكل (21) أهمية فقرات بُعد القيمة العاطفية

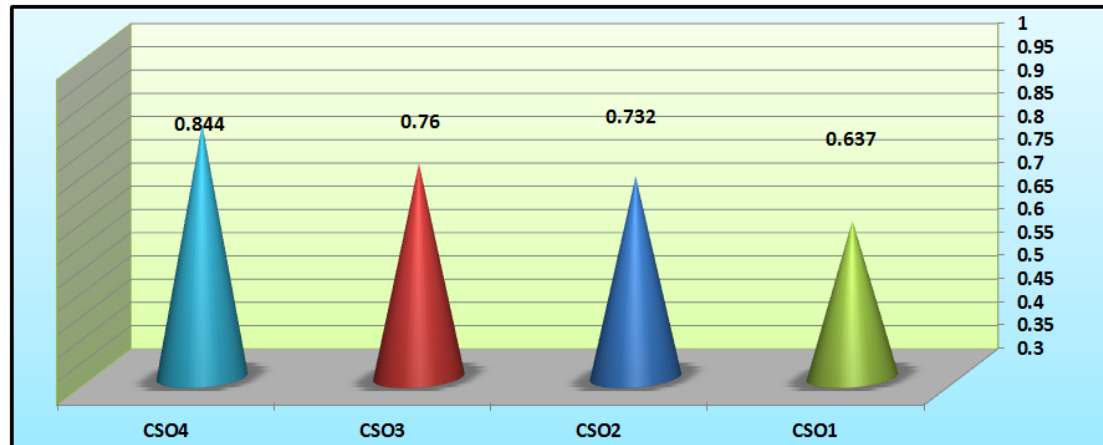
(3) **بُعد القيمة المالية:** تشير النتائج إلى أن الفقرة الثالثة (CFI3) أسهمت في تفسير (0.778) من بُعد القيمة المالية مما يدل على اهتمام مراكز الرعاية الصحية بتعزيز القيمة المالية للمريض، بينما جاءت الفقرة الخامسة (CFI5) في المرتبة الأخيرة وبواقع وزن معياري مساوي لـ (0.636) مما يتعين على المراكز الصحية تحسين

التعامل مع المريض وبناء خيارات صائبة وسليمة تجاه القيم المالية التي تصب في مصلحة المريض وتحد من تكاليف علاجه، والشكل (22) يوضح أهمية كل فقرة من فقرات المراكز الصحية.



الشكل (22) أهمية فقرات بُعد القيمة المالية

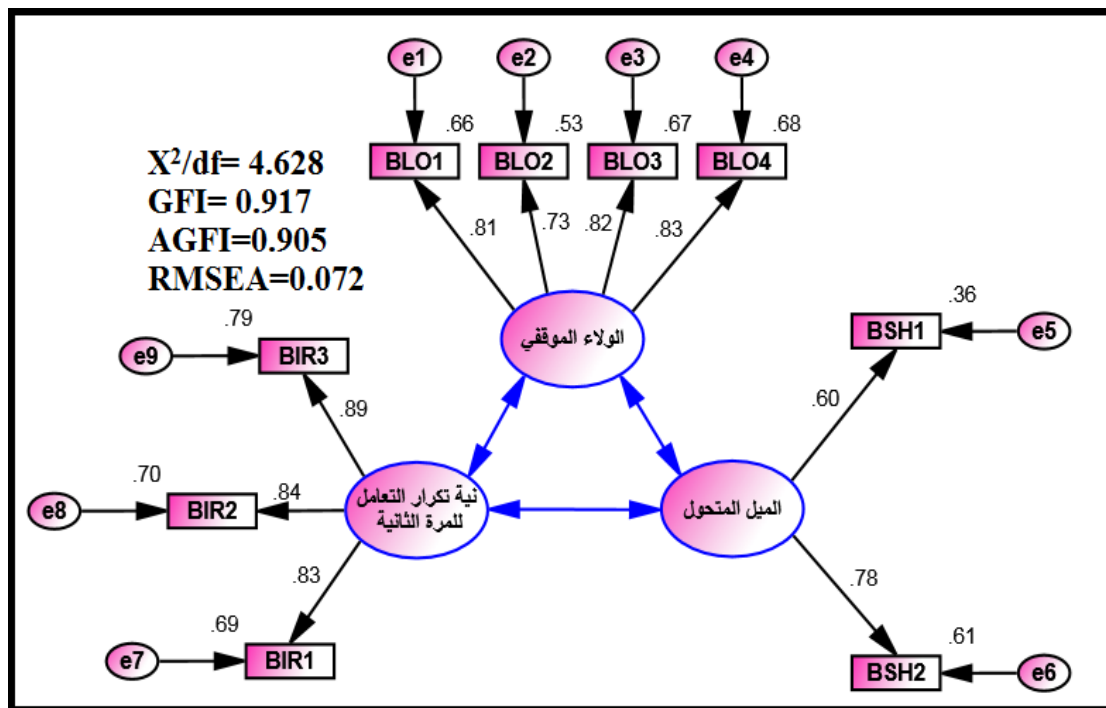
4) **بُعد القيمة الاجتماعية:** توضح النتائج إلى أن الفقرة الرابعة (CSO4) أسهمت في تفسير (0.844) من بُعد القيمة الاجتماعية مما يدل على اهتمام مراكز الرعاية الصحية بتحسين ثقافة المركز بما يتوافق مع ثقافة المجتمع الذي تعمل مراكز الرعاية الصحية في صدد، بينما جاءت الفقرة الأولى (CSO1) في المرتبة الأخيرة وبواقع وزن معياري مساوي لـ (0.637) مما يتعين على المراكز الصحية الاهتمام بضمان شعور المريض بالرضا والقبول تجاه الخدمات التي يتم تقديمها، والشكل (23) يوضح أهمية كل فقرة من فقرات المراكز الصحية.



الشكل (23) أهمية فقرات بُعد القيمة الاجتماعية

## ثالثاً: - مقياس النوايا السلوكية

تشير نتائج الشكل (24) إلى أن قيمة مربع كاي سكوير ( $X^2$ ) إلى درجة حرية بلغت (4.628)، وبمؤشر حسن مطابقة (GFI) قدره (0.917)، وبمعامل مصحح (AGFI) قيمته (0.905)، وبمتوسط مربع خطأ معياري (RMSEA) بلغ (0.072)، وعليه تبين النتائج المستعرضة إلى قبول النموذج كونها حققت الشروط التي عكسها الجدول (22)، مما يدل على إمكانية إدارة الكوادر الصحية أن تعزز من النوايا السلوكية من أجل تحسين قدراتها تجاه الولاء الموقفي، والميل للتحول، ونية تكرار التعامل للمرة الثانية بشكل يخدم صالح المركز والزيائن بشكل عام.



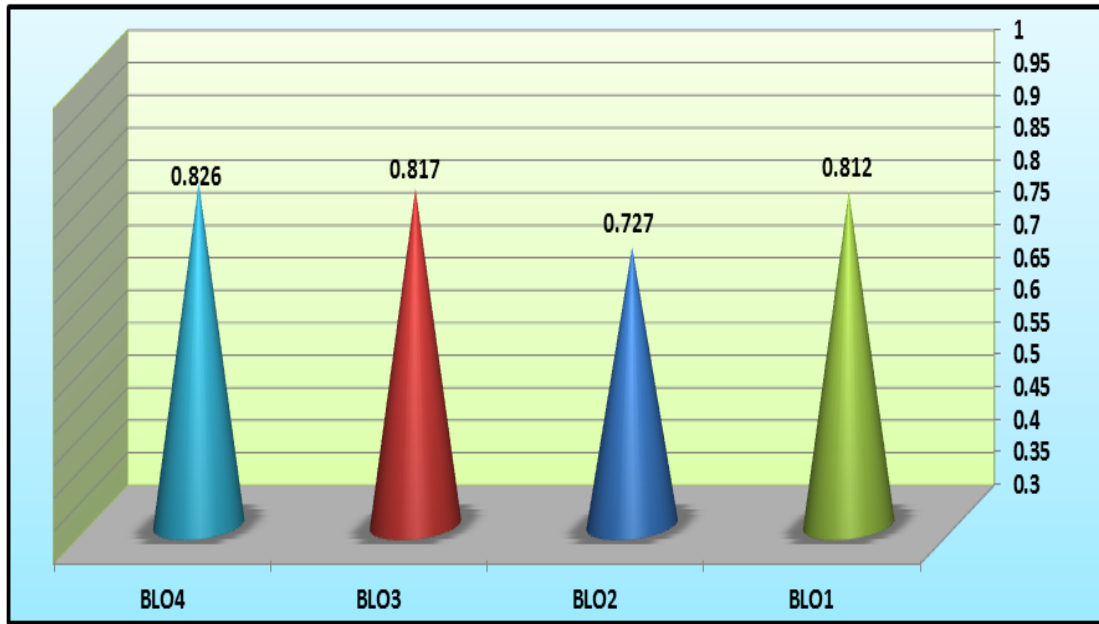
الشكل (24) النموذج البنائي لمتغير النوايا السلوكية

أسفرت نتائج الجدول (25) إلى أن الأوزان المعيارية (التشبعات المعيارية) للفقرات أسهمت في تفسير إبعاد متغير النوايا السلوكية وعلى النحو الآتي:

جدول (25) التشبعات المعيارية لمتغير النوايا السلوكية

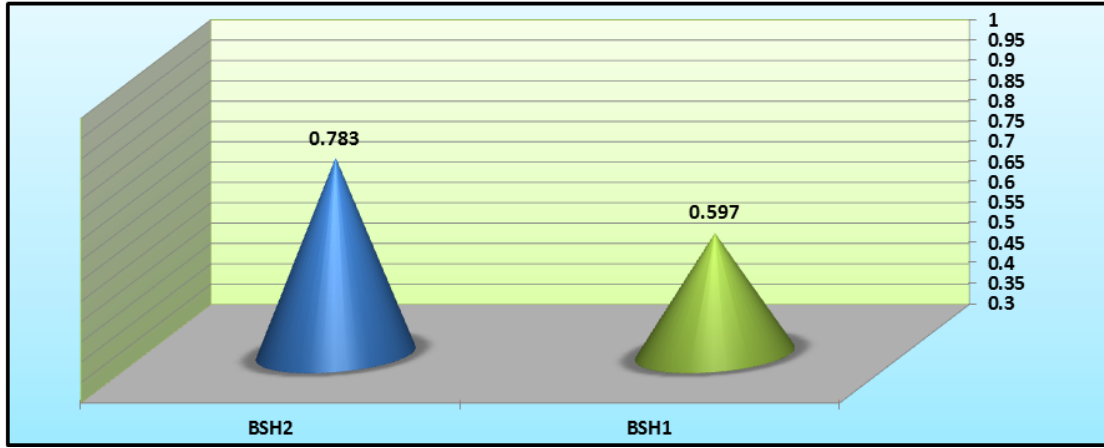
نية تكرار التعامل للمرة الثانية (BIR)				الولاء الموقفي (BLO)			
التشبعات	الفقرة	المسار	البعد	التشبعات	الفقرة	المسار	البعد
0.828	BIR1	<---	<b>BIR</b>	0.812	BLO1	<---	BLO
0.835	BIR2	<---	<b>BIR</b>	0.727	BLO2	<---	BLO
0.887	BIR3	<---	<b>BIR</b>	0.817	BLO3	<---	BLO
				0.826	BLO4	<---	BLO
الميل المتحول (BSH)							
0.597	BSH1	<---	BSH				
0.783	BSH2	<---	BSH				

(1) **بُعد الولاء الموقفي:** تبين النتائج أن الفقرة الرابعة (BLO4) أسهمت في تفسير (0.826) من بُعد الولاء الموقفي مما يدل على اهتمام مراكز الرعاية الصحية بتقديم خدمات لها أولوية في خيارات وحاجات ورغبات المرضى، بينما جاءت الفقرة الثانية (BLO2) في المرتبة الأخيرة ، وبواقع وزن معياري مساوي لـ (0.727) مما يتعين على المراكز الصحية الاهتمام بتحسين وسائل التواصل الاجتماعي لاستقطاب أكبر عدد ممكن من المرضى، والشكل (25) يوضح أهمية كل فقرة من فقرات المراكز الصحية.



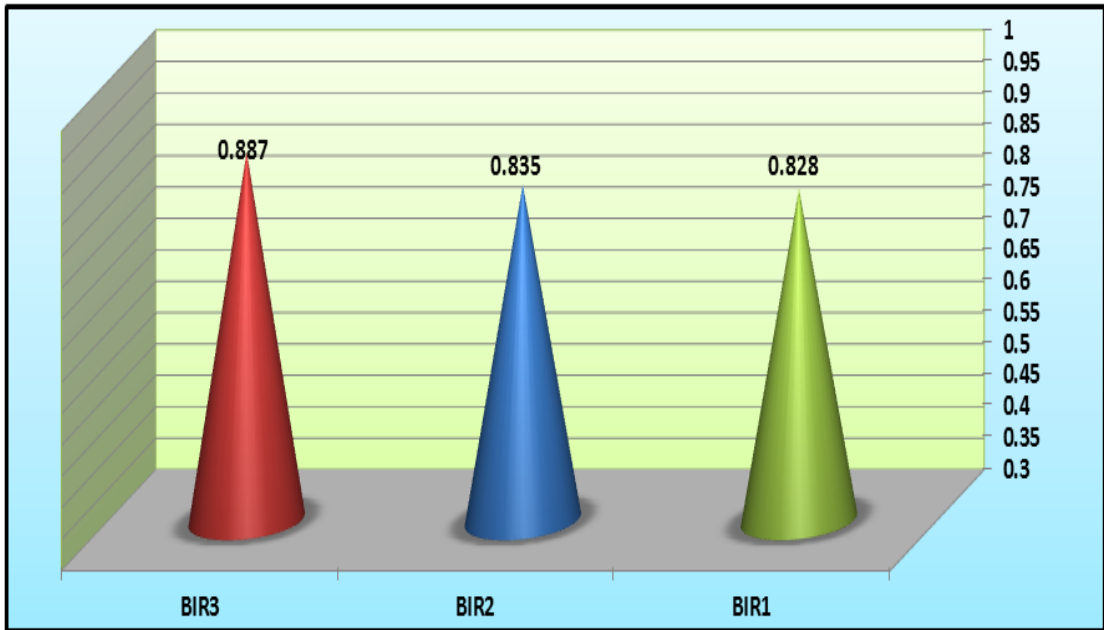
الشكل (25) أهمية فقرات بُعد الولاء الموقفي

(2) **بُعد الميل للتحويل:** يلاحظ من النتائج إلى أن الفقرة الثانية (BSH2) أسهمت في تفسير (0.783) من بُعد الميل للتحويل، مما يدل على اهتمام مراكز الرعاية الصحية بكسب ولاء المرضى تجاه عدم الميول للانتقال إلى المراكز الصحية الأخرى، بينما جاءت الفقرة الأولى (BSH1) في المرتبة الأخيرة وبواقع وزن معياري مساوي لـ (0.597) مما يتعين على المراكز الصحية الاهتمام في تحسين نية التعامل مع المركز الصحية الأخرى من أجل تحسين ميول المرضى للمركز الصحي الحالي، والشكل (26) يوضح أهمية كل فقرة من فقرات المراكز الصحية.



الشكل (26) أهمية فقرات بُعد الميل المتحول

3) **بُعد نية تكرار التعامل للمرة الثانية:** تبين النتائج إلى أن الفقرة الثالثة (BIR3) أسهمت في تفسير (0.887) من بُعد نية تكرار التعامل للمرة الثانية مما يدل على اهتمام مراكز الرعاية الصحية ببناء قناعة كافية لدى المرضى تجاه الخدمات التي يتم تقديمها وكسب ولائهم، بينما جاءت الفقرة الأولى (BIR1) في المرتبة الأخيرة وبواقع وزن معياري مساوي لـ (0.828) مما يتعين على المراكز الصحية الاهتمام بتحسين التواصل مع المرضى والتعامل بشكل ايجابي وبناء تصور جيد تجاه اهتمام المركز الصحي بحاجاتهم ورغباتهم المرضية والتي تتعلق بتوفير العلاج والاهتمام المناسب، والشكل (27) يوضح أهمية كل فقرة من فقرات المراكز الصحية.



الشكل (27) أهمية فقرات بُعد نية تكرار التعامل للمرة الثانية

## 2. ثبات أداة قياس الدراسة:

يعبر الثبات عن المدى الذي يتصف به المقياس بخلوه من التحيز أو الأخطاء وهذا يضمن اتساق النتائج المستحصلة من القياس ، و استقرارها عبر فترات زمنية مختلفة (Sekaran & Bougie, 2010) . ويتم التحقق من ثبات أداة القياس من خلال التحقق من الثبات البنائي لأداة الدراسة، وثبات فقراتها وعلى النحو الآتي:

## أ. الثبات البنائي لأداة الدراسة :

يمثل الصدق البنائي لأداة القياس بيان مدى ثبات أداة القياس المدروسة تجاه العينة المدروسة، فضلا عن مدى الاتساق الداخلي بين فقرات وإبعاد الدراسة ، الأمر الذي يمكن من خلاله إخضاع البيانات الداخلة في التحليل إلى اختبار الفا كرونباخ ، الذي يُعد من أشهر الاختبارات الكفيلة بتحليل هذا النوع من البيانات وبيان مدى الثبات الداخلي بينها، ويفرض معامل الفا كرونباخ انه يتعين أن تكون النتائج أعلى من (75%) لكي تكون مقبولة (Bartholomew, 1996: 24).

جدول (26) معاملات الفا كرونباخ لمتغيرات وأبعاد الدراسة

ت	المتغيرات		عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ للبعد
	الرئيسية	الفرعية		
1	التغطية الصحية الشاملة	التغطية السكانية	7	0.961
		تغطية الخدمات الصحية	6	0.960
		التغطية المالية	6	0.962
	معامل ألفا كرونباخ لمتغير التغطية الصحية الشاملة			<b>0.959</b>
2	القيمة المتحققة للزبون	القيمة الوظيفية	3	0.958
		القيمة العاطفية	4	0.963
		القيمة المالية	5	0.961
		القيمة الاجتماعية	4	0.960
	معامل ألفا كرونباخ لمتغير القيمة المتحققة للزبون			<b>0.957</b>
3	النوايا السلوكية	الولاء الموقفي	4	0.958
		الميل للتحويل	2	0.963
		نية تكرار التعامل للمرة الثانية	3	0.965
	معامل ألفا كرونباخ لمتغير النوايا السلوكية			<b>0.958</b>
	معامل ألفا كرونباخ الكلي			
				0.963

تشير نتائج الجدول (26) إلى أن معاملات الفا كرونباخ للمتغيرات الداخلة في التحليل بلغت أعلى من (0.75) مما يدل على أن أداة القياس تتصف بالثبات النسبي العالي، فضلا عن أن جميع القيم قد تراوحت بين (0.958-0.965) وهي قيم مقبول إحصائيا وهذا يدل على أن أداة القياس تتلائم مع استجابات المرضى المراجعين للمراكز الصحية في المحافظة.

### ب. الاتساق الداخلي لفقرات أداة القياس

أن الاهتمام بقياس ثبات فقرات أداة الدراسة يسهم في تحسين إمكانيات الدراسة على تفسير النتائج المستعرضة بشكل أدق وأكثر موضوعية، مما يساعد على استخراج معاملات الارتباط بين المتغيرات والأبعاد التابعة لها، فضلا عن استخراج معاملات الارتباط بين كل فقرة من الفقرات مع البعد التابعة له، وعليه يتعين أن تكون قيمة التشبعات أعلى من (0.60) حتى تتصف بالقبول (Hair et al., 2010: 664)، وعلى النحو الآتي:

#### 1. الاتساق الداخلي لأبعاد وفقرات متغير التغطية الصحية الشاملة

يلاحظ من نتائج الجدول (27) إلى أن معاملات الارتباط الداخلية بين الأبعاد والمتغيرات من جهة، والفقرات والأبعاد والمتغيرات من جهة ثانية أعلى من (0.60) وقد تراوحت بين (0.606 – 0.863) وهذا يدل على ثبات الفقرات الخاصة بمتغير التغطية الصحية الشاملة.

جدول (27) الاتساق الداخلي لفقرات وأبعاد متغير التغطية الصحية الشاملة

متغير التغطية الصحية الشاملة						
ارتباط الفقرات بالبعد						
ارتباط الفقرات بالمتغير						
ارتباط البعد بالمتغير						
البعد الأول: التغطية السكانية						
						UHP1
	0.781			0.663		UHP2
	0.863			0.633		UHP3
	0.609			0.680		UHP4
	0.783			0.767		UHP5
	0.670			0.730		UHP6
	0.758			0.606		UHP7
	0.692			0.782		
				<b>0.903</b>		البعد الثاني: تغطية الخدمات الصحية



0.638		0.623			UHS1
0.612		0.727			UHS2
0.703		0.736			UHS3
0.616		0.701			UHS4
0.810		0.641			UHS5
0.763		0.728			UHS6
					البُعد الثالث: التغطية المالية
0.675		0.770		0.928	UHF1
0.808		0.754			UHF2
0.795		0.643			UHF3
0.847		0.748			UHF4
0.749		0.642			UHF5
0.843		0.703			UHF6

## 2. الاتساق الداخلي لإبعاد وفقرات متغير القيمة المتحققة للزبون

تبين نتائج الجدول (28) إلى أن معاملات الارتباط الداخلية بين الإبعاد والمتغيرات من جهة، والفقرات والأبعاد والمتغيرات من جهة ثانية أعلى من (0.60) وقد تراوحت بين (0.627 – 0.895) وهذا يدل على ثبات الفقرات الخاصة بمتغير القيمة المتحققة للزبون.

جدول (28) الاتساق الداخلي لفقرات وإبعاد متغير القيمة المتحققة للزبون

متغير القيمة المتحققة للزبون									
ارتباط الفقرات بالإبعاد									
ارتباط الفقرات بالمتغير									
ارتباط البعد بالمتغير									
									البُعد الأول: القيمة الوظيفية
									0.912
		0.783				0.674			CFU1
		0.734				0.709			CFU2
		0.895				0.818			CFU3
									البُعد الثاني: القيمة العاطفية
		0.823				0.762			0.744
		0.837				0.660			CSE1
		0.821				0.627			CSE2
		0.733				0.760			CSE3
									CSE4
									0.902
									البُعد الثالث: القيمة المالية

0.760			0.772					CFI1
0.834			0.676					CFI2
0.855			0.710					CFI3
0.808			0.699					CFI4
0.758			0.767					CFI5
								البُعد الرابع: القيمة الاجتماعية
0.772			0.665				0.868	CSO1
0.784			0.837					CSO2
0.830			0.670					CSO3
0.867			0.773					CSO4

### 3. الاتساق الداخلي لأبعاد وفقرات متغير النوايا السلوكية

أسفرت نتائج الجدول (29) إلى أن معاملات الارتباط الداخلية بين الأبعاد والمتغيرات من جهة ، والفقرات والأبعاد والمتغيرات من جهة ثانية أعلى من (0.60) وقد تراوحت بين (0.649 – 0.935) وهذا يدل على ثبات الفقرات الخاصة بمتغير النوايا السلوكية.

جدول (29) الاتساق الداخلي لفقرات وإبعاد متغير النوايا السلوكية

متغير النوايا السلوكية							
ارتباط الفقرات بالأبعاد							
ارتباط الفقرات بالمتغير							
ارتباط البعد بالمتغير							
							البُعد الأول: الولاء الموقفي
	0.825		0.820			0.919	BLO1
	0.822		0.719				BLO2
	0.883		0.804				BLO3
	0.872		0.786				BLO4
							البُعد الثاني: الميل للتحويل
	0.881		0.729			0.807	BSH1
	0.830		0.649				BSH2
							البُعد الثالث: نية تكرار التعامل للمرة الثانية
0.889		0.847				0.872	BIR1
0.935		0.752					BIR2
0.881		0.792					BIR3

## المبحث الثاني

## عرض وتحليل مستوى أهمية متغيرات الدراسة

يهتم هذا المبحث في وصف البيانات الداخلة؛ من خلال تفسير فقرات وإبعاد ومتغيرات الدراسة، الأمر الذي يدل على استعمال الإحصاء الوصفي من أجل هذا الغرض من خلال تبني حزمة البرنامج الإحصائي (SPSS.V.26) من الاختبارات الخاصة بالإحصاء الوصفي والتي تتمثل في (التكرارات، والنسب المئوية، والوسط الحسابي، و الانحرافات المعيارية، والأهمية النسبية، وترتيب الأهمية).

وقد حددت الدراسة مستوى الإجابة في ضوء المتوسطات الحسابية من خلال تحديد انتمائها لأي فئة، وقد اعتمدت الاستبانة على مقياس ليكرت الخماسي (موافق بشدة - غير موافق بشدة) لقياس درجة الموافقة على هذه الفقرات لذلك فإن هناك خمس فئات، وتحدد الفئات من خلال إيجاد المدى (4=1-5)، ومن ثم قسمة المدى على عدد الفئات (5) (0.80=5/4)، وبعد ذلك يضاف (0.80) إلى الحد الأدنى للمقياس، والجدول (30) يوضح ذلك :

جدول (30) درجات مستويات قيم الأوساط الحسابية

مستوى الإجابة	تقدير الدرجات
منخفض جداً	1.80 – 1
منخفض	2.60 – 1.81
معتدل	3.40 – 2.61
مرتفع	4.20 – 3.41
مرتفع جداً	5.0 – 4.21

كما تم تحديد الأهمية النسبية للإجابات بالاعتماد على نسبة الاتفاق (موافق وموافق بشدة) وعدم الاتفاق (غير موافق وغير موافق بشدة)، وتم تحديد اتجاه الإجابة بناءً على الوسط الحسابي الفرضي (3)، فالوسط الحسابي الأعلى من (3) يشير إلى الاتفاق، والأدنى من (3) يشير إلى عدم الاتفاق.

## أولاً:- التحليل الوصفي لمتغير التغطية الصحية الشاملة

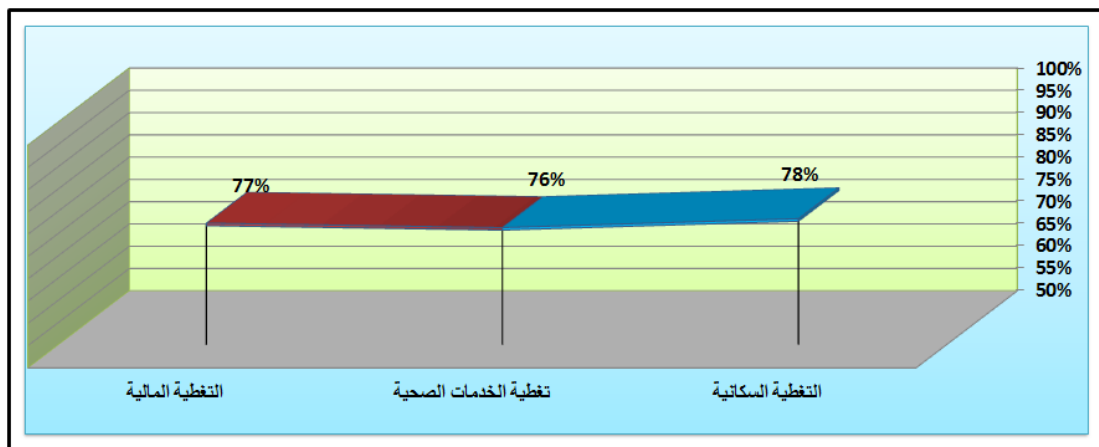
أسفرت نتائج الجدول (31) إلى أن المعدل العام للوسط الحسابي لمتغير التغطية الصحية الشاملة بلغ (3.85) وهو باتجاه مستوى اتفاق مرتفع، وانحراف معياري يبلغ

(0.562) وأهمية نسبية قيمتها (77%)، وهذا يدل على اهتمام مراكز الرعاية الصحية في بُعد التغطية السكانية بمتوسط حسابي مساوٍ لـ (3.9) وانحراف معياري مقداره (0.606) وأهمية نسبية بلغت (78%)، فضلاً عن ضرورة اهتمام مراكز الرعاية الصحية في تحسين تغطية الخدمات الصحية بوسط حسابي يبلغ (3.80) وانحراف معياري مقداره (0.565) وأهمية نسبية قدرها (76%)، مما يدل على أن اهتمام المراكز الصحية في معالجة جميع المرضى التابعين للمركز الصحي سوف يحنف المرضى على التعامل مع هذا المركز دون غيره.

الجدول (31) الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لإبعاد متغير التغطية الصحية الشاملة

ترتيب الأهمية	الأهمية النسبية %	اتجاه الإجابة	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	البُعد
الأول	78%	مرتفع	0.606	3.9	التغطية السكانية
الثالث	76%	مرتفع	0.565	3.80	تغطية الخدمات الصحية
الثاني	77%	مرتفع	0.654	3.86	التغطية المالية
***	77%	مرتفع	0.562	3.85	المعدل العام

المعدل العام لمتغير التغطية الصحية الشاملة



الشكل (28) توزيع الأهمية النسبية لإبعاد متغير التغطية الصحية الشاملة

### 1. بُعد التغطية السكانية

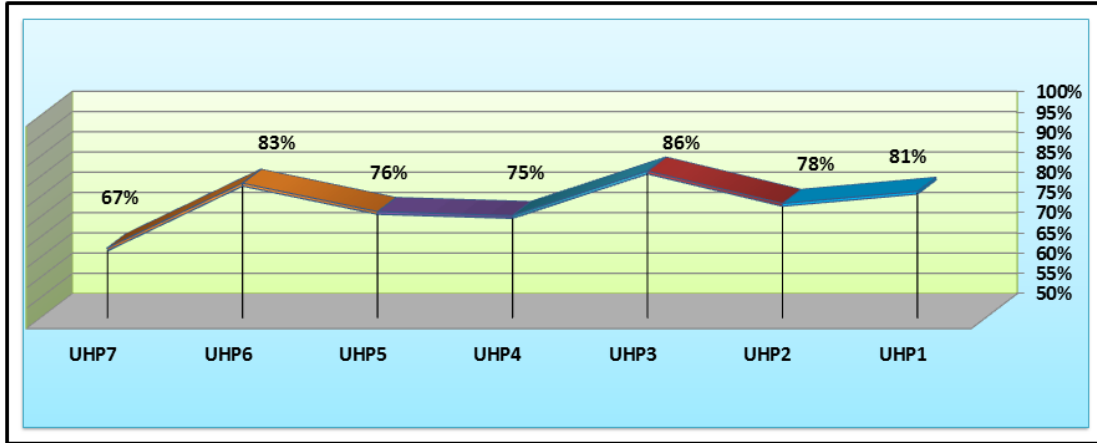
تبين نتائج الجدول (32) إلى أن المعدل العام لمستوى اتفاق المرضى المرجعين لمراكز الرعاية الصحية تجاه بُعد التغطية السكانية بلغ (78%) وبمتوسط حسابي

مقداره (3.9) وهو باتجاه مستوى اتفاق مرتفع وانحراف معياري مساوٍ لـ (0.606)، مما يدل على اهتمام المراكز الصحية تجاه الفقرة الثالثة (UHP3) والتي تنص على (تتوفر الخدمات الصحية لعلاج الحالات الطارئة والمزمنة) بمتوسط حسابي قيمته (4.29) وانحراف معياري مساوٍ لـ (0.85) وأهمية نسبية بلغت (86%) وبمستوى إجابة مرتفع، فضلا عن اهتمام المراكز الصحية في الفقرة السادسة (UHP6) والتي تنص على (يخضع مرضى (أبناء) المحافظة للزيارات الميدانية التي تجريها المراكز الصحية الأولية) كونها جاءت في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي مساوٍ لـ (4.14) وانحراف معياري بلغ (0.769) وبمستوى إجابة مرتفع وأهمية نسبية قيمتها (83%)، من جانب آخر يتعين على المراكز الصحية الاهتمام في متطلبات الفقرة السابعة (UHP7) والتي تنص على (تتاح الخدمات التأهيلية لمرضى (أبناء) المحافظة المعاقين أو ذوي الاحتياجات الخاصة) وبمتوسط حسابي مقداره (3.36) وانحراف معياري يبلغ (1.188) وأهمية نسبية قدرها (67%) مما يدل على أن اهتمام المراكز الصحية بتأهيل العاملين لديها من أجل تحقيق اذواق ومتطلبات المرضى يسهم في تحسين قدرة المراكز الصحية على تحسين التغطية السكانية للمرضى.

الجدول (32) الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لُبعد التغطية السكانية

الفرقة	غير موافق بشدة		غير موافق		محايد		موافق		موافق بشدة		الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اتجاه الإجابة	الأهمية النسبية %	ترتيب الأهمية
	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت					
UHP1	2.4	12	1.8	9	12.4	61	52.7	259	30.5	150	4.07	0.848	مرتفع	81%	3
UHP2	1.2	6	6.3	31	14.7	72	58.7	288	19.1	94	3.88	0.829	مرتفع	78%	4
UHP3	0.6	3	3.1	15	13	64	33.8	166	49.5	243	4.29	0.85	مرتفع	86%	1
UHP4	3.1	15	2.4	12	27.5	135	53	260	14.1	69	3.73	0.845	مرتفع	75%	6
UHP5	1	5	15.1	74	15.1	74	39.3	193	29.5	145	3.81	1.052	مرتفع	76%	5
UHP6	0.6	3	1.8	9	14.3	70	49.3	242	34	167	4.14	0.769	مرتفع	83%	2
UHP7	14.9	73	3.9	19	21.6	106	49.3	242	10.4	51	3.36	1.188	معتدل	67%	7
	3.40		4.94		16.94		48.01		26.73		3.9	0.606	مرتفع	78%	***
	8.34						74.74								

المعدل العام لُبعد التغطية السكانية



الشكل (29) توزيع الأهمية النسبية لُبعد التغطية السكانية

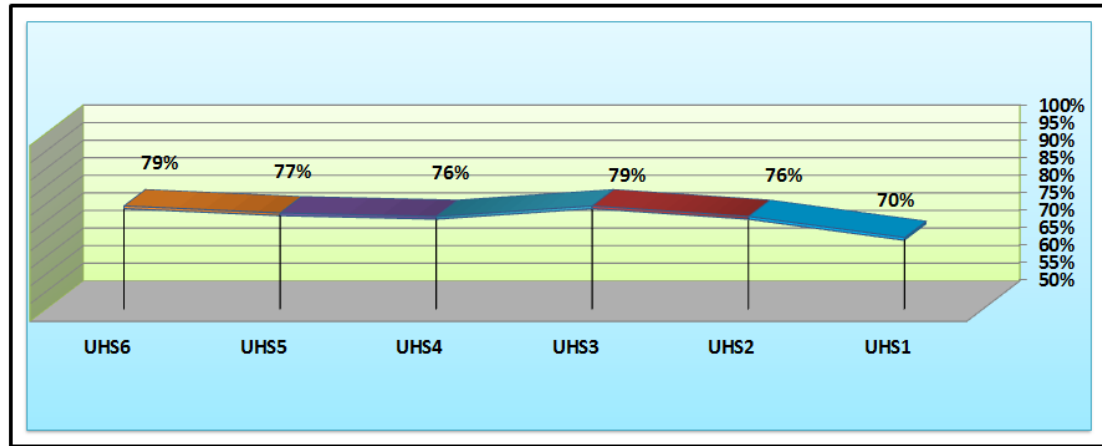
## 2. بُعد تغطية الخدمات الصحية

تشير نتائج الجدول (33) إلى أن المعدل العام للأوساط الحسابية للمرضى المراجعين لمراكز الرعاية الصحية تجاه بُعد تغطية الخدمات الصحية بلغ (3.80) وهو باتجاه مستوى اتفاق مرتفع وانحراف معياري مقداره (0.565) وأهمية نسبية مساوية لـ (76%)، مما يدل على اهتمام المراكز الصحية تجاه الفقرة الثالثة (UHS3) والتي تنص على (تصدر المراكز الصحية أدلة ذات صلة بالتدابير الوقائية والعلاجية لحالات الإصابة بالأمراض المعدية (سيما فيروس كورونا) بمتوسط حسابي بلغ (3.95) وانحراف معياري قيمته (0.784) وأهمية نسبية قدرها (79%) وبمستوى إجابة مرتفع، إضافة إلى اهتمام المراكز الصحية في الفقرة السادسة (UHS6) والتي تنص على (يجري بشكل دائم ابتكار خدمات صحية بما يتواءم مع المستجدات البيئية) كونها جاءت في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي بلغ (3.94) وانحراف معياري مساوٍ لـ (0.876) وبمستوى إجابة مرتفع وأهمية نسبية مقداره (79%)، من جانب آخر يتعين على المراكز الصحية الاهتمام في متطلبات الفقرة الأولى (UHS1) والتي تنص على (تعمل المراكز الصحية على تلافى معظم حالات العدوى عبر إجراءاتها الوقائية (البوسترات ، الاعلانات ، الزيارات الميدانية) كونها جاءت في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي مساوٍ لـ (3.48) وانحراف معياري مقداره (0.911) وأهمية نسبية قيمتها (70%) مما يدل على أن اهتمام المراكز الصحية بتلافي المشاكل في تطبيق إجراءاتها الوقائية يسهم في الحد من العدوى تجاه الأمراض التي تنتقل بين المرضى.

الجدول (33) الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لُبُعد تغطية الخدمات الصحية

ترتيب الأهمية	الأهمية النسبية %	اتجاه الإجابة	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	موافق بشدة		موافق		محايد		غير موافق		غير موافق بشدة		الفقرة
					%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	
6	70%	مرتفع	0.911	3.48	10.8	53	43.2	212	30.3	149	14.5	71	1.2	6	UHS1
5	76%	مرتفع	0.921	3.80	19.1	94	55.8	274	11.2	55	13.2	65	0.6	3	UHS2
1	79%	مرتفع	0.784	3.95	21.8	107	57.4	282	15.5	76	4.7	23	0.6	3	UHS3
4	76%	مرتفع	0.911	3.82	23.2	114	44.6	219	26.1	128	3.7	18	2.4	12	UHS4
3	77%	مرتفع	0.791	3.83	18.1	89	51.9	255	26.3	129	2.4	12	1.2	6	UHS5
2	79%	مرتفع	0.876	3.94	23	113	57.8	284	11.6	57	5.1	25	2.4	12	UHS6
***	76%	مرتفع	0.565	3.80	19.33		51.80		20.17		7.30		1.4		
					71.13				8.7						

المعدل العام لُبُعد تغطية الخدمات الصحية



الشكل (30) توزيع الأهمية النسبية لُبُعد تغطية الخدمات الصحية

### 3. بُعد التغطية المالية

يلاحظ من نتائج الجدول (34) إلى أن المعدل العام لمستوى اتفاق المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الصحية تجاه بُعد التغطية المالية قدره (77%) وبمتوسط حسابي بلغ (3.86) وهو باتجاه مستوى اتفاق مرتفع وانحراف معياري قيمته (0.654)، مما يدل على اهتمام المراكز الصحية تجاه الفقرة الأولى (UHF1) والتي تنص على (تعمل المراكز الصحية وفق آليات تمويل للرعاية الصحية مدفوعة سلفاً)

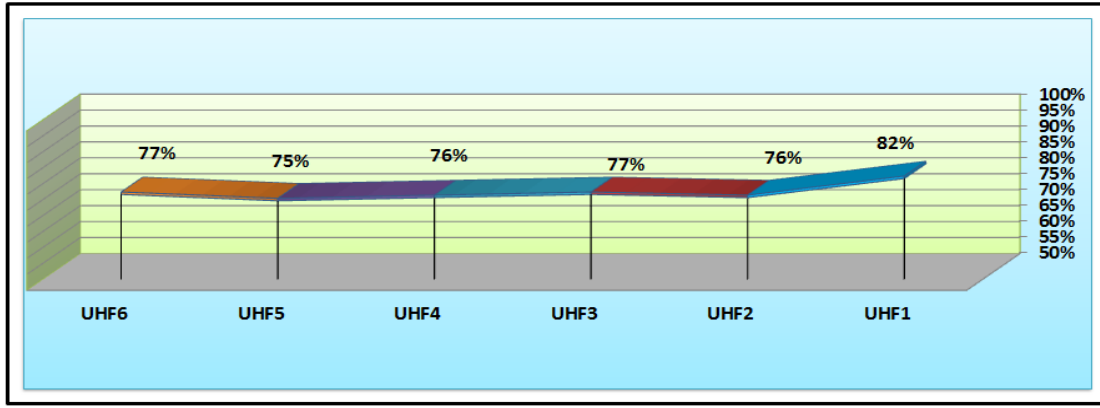
بمتوسط حسابي بلغ (4.10) وانحراف معياري قدره (0.829) وأهمية نسبية مساوية لـ (82%) وبمستوى إجابة مرتفع، فضلا عن اهتمام المراكز الصحية في الفقرة الثالثة (UHF3) والتي تنص على (تقديم الخدمات الصحية للمرضى لا يتطلب مبالغ كبيرة) كونها جاءت في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي مقداره (3.86) وانحراف معياري مساوٍ لـ (0.74) وبمستوى إجابة مرتفع وأهمية نسبية بلغت (77%)، من جانب آخر يتعين على المراكز الصحية الاهتمام في متطلبات الفقرة الخامسة (UHF5) والتي تنص على (تمتلك المراكز الصحية خطط مدروسة لتأمين المساعدات المالية والمادية) وبمتوسط حسابي بلغ (3.73) وانحراف معياري قدره (0.966) وأهمية نسبية مساوية لـ (75%) مما يدل على أن اهتمام المراكز الصحية بوضع خطط مدروسة يسهم في تطوير قابلياتها على التأمين تجاه المساعدات المالية والمقدمة لها من الجهات الفاعلة.

الجدول (34) الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لُبعد التغطية المالية

الترتيب الأهمية	الأهمية النسبية %	اتجاه الإجابة	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	موافق بشدة		موافق		محايد		غير موافق		غير موافق بشدة		الفقرة
					%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	
1	82%	مرتفع	0.829	4.10	31.4	154	53.8	264	10.8	53	1.8	9	2.2	11	UHF1
5	76%	مرتفع	0.745	3.80	14.5	71	56	275	25.5	125	3.5	17	0.6	3	UHF2
2	77%	مرتفع	0.74	3.86	16.5	81	57.4	282	22.4	110	3.1	15	0.6	3	UHF3
4	76%	مرتفع	0.982	3.82	23.2	114	51.9	255	9.8	48	13.8	68	1.2	6	UHF4
6	75%	مرتفع	0.966	3.73	20.6	101	47.7	234	15.7	77	16.1	79	0	0	UHF5
3	77%	مرتفع	1.104	3.85	32.6	160	39.1	192	11.4	56	14.5	71	2.4	12	UHF6
***	77%	مرتفع	0.654	3.86	23.13		50.98		15.93		8.8		1.17		
					74.11						9.97				

المعدل العام لُبعد التغطية المالية





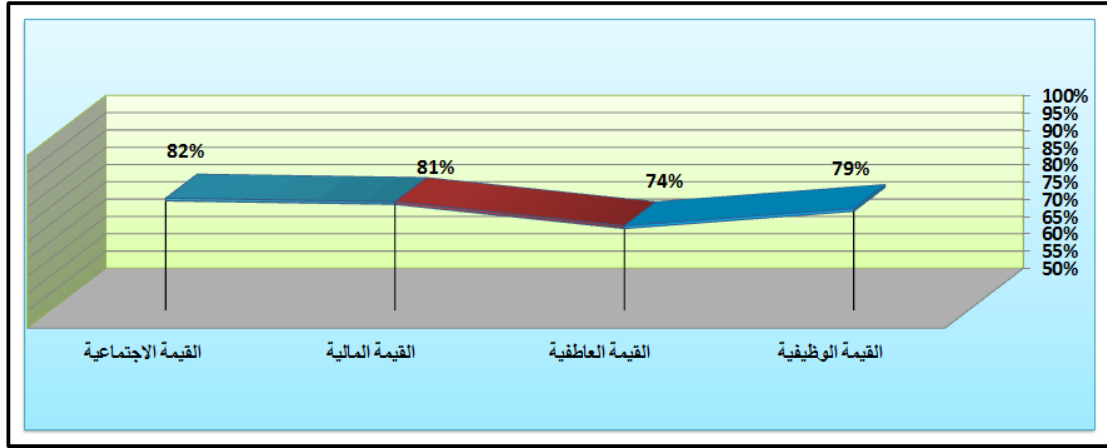
الشكل (31) توزيع الأهمية النسبية لُبُعد التغطية المالية

### ثانياً:- التحليل الوصفي لمتغير القيمة المتحققة للزبون

يتضح من نتائج الجدول (35) إلى أن المعدل العام لمستوى اتفاق المراكز الصحية تجاه متغير القيمة المتحققة للزبون بلغ (3.94) وهو باتجاه مستوى اتفاق مرتفع وانحراف معياري يبلغ (0.595) وأهمية نسبية مساوية لـ (79%)، وهذا يدل على اهتمام مراكز الرعاية الصحية في بُعد القيمة الاجتماعية بمتوسط حسابي قدره (4.08) وانحراف معياري مساوٍ لـ (0.672) وأهمية نسبية بلغت (82%)، فضلاً عن ضرورة اهتمام مراكز الرعاية الصحية في تحسين القيمة العاطفية بوسط حسابي مقداره (3.69) وانحراف معياري يبلغ (0.706) وأهمية نسبية قيمتها (74%)، مما يدل على ان اهتمام المراكز الصحية في بناء علاقات ايجابية من المرضى سوف يسهم في تحسين القيمة العاطفية لدى المرضى تجاه المراكز الصحية المدروسة.

الجدول (35) الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لإبعاد متغير القيمة المتحققة للزبون

ترتيب الأهمية	الأهمية النسبية %	اتجاه الإجابة	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	البُعد
الثالث	79%	مرتفع	0.673	3.95	القيمة الوظيفية
الرابع	74%	مرتفع	0.706	3.69	القيمة العاطفية
الثاني	81%	مرتفع	0.727	4.04	القيمة المالية
الأول	82%	مرتفع	0.672	4.08	القيمة الاجتماعية
***	79%	مرتفع	0.595	3.94	المعدل العام لمتغير القيمة المتحققة للزبون



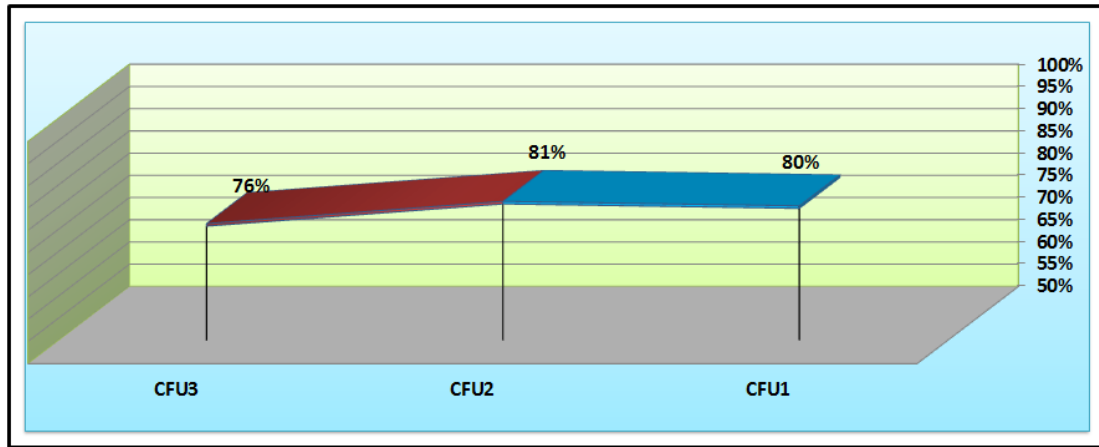
الشكل (32) توزيع الأهمية النسبية لإبعاد متغير القيمة المتحققة للزبون

### 1. بُعد القيمة الوظيفية

تشير نتائج الجدول (36) إلى أن المعدل العام للأوساط الحسابية للمرضى الراقدين في مراكز الرعاية الصحية تجاه بُعد القيمة الوظيفية بلغ (3.95) وهو باتجاه مستوى اتفاق مرتفع وانحراف معياري مقداره (0.673) وبمستوى اتفاق مرتفع قيمته وأهمية نسبية مساوية لـ (79%)، مما يدل على اهتمام المراكز الصحية تجاه الفقرة الثانية (CFU2) والتي تنص على (توفر المراكز الصحية خدمات صحية نمطية) بمتوسط حسابي بلغ (4.03) وانحراف معياري قيمته (0.809) وأهمية نسبية قدرها (81%) وبمستوى إجابة مرتفع، إضافة إلى اهتمام المراكز الصحية في الفقرة الأولى (CFU1) والتي تنص على (تقدم المراكز الصحية خدمات متميزة وذات جودة عالية) كونها جاءت في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي بلغ (4.01) وانحراف معياري مساوٍ لـ (0.828) وبمستوى إجابة مرتفع وأهمية نسبية مقدارها (80%)، من جانب آخر يتعين على المراكز الصحية الاهتمام في متطلبات الفقرة الثالثة (CFU3) والتي تنص على (يشعر المريض بالاطمئنان والثقة من الخدمات التي تقدمها المراكز الصحية) كونها جاءت في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي مساوٍ لـ (3.80) وانحراف معياري مقداره (0.868) وأهمية نسبية قيمتها (76%) مما يدل على أن اهتمام المراكز الصحية بتحسين شعور المرضى بالاطمئنان والثقة في طبيعة الخدمات يؤدي إلى تحسين التغطية الوظيفية للمركز الصحي.

الجدول (36) الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لُبعد القيمة الوظيفية

الترتيب الأهمية	الأهمية النسبية %	اتجاه الاجابة	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	موافق بشدة		موافق		محايد		غير موافق		غير موافق بشدة		الفقرة
					%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	
2	80%	مرتفع	0.828	4.01	31.2	153	42	206	24.4	120	1.8	9	0.6	3	CFU1
1	81%	مرتفع	0.809	4.03	30.3	149	45	221	22.2	109	1.8	9	0.6	3	CFU2
3	76%	مرتفع	0.868	3.80	20.2	99	48.1	236	25.5	125	4.7	23	1.6	8	CFU3
	79%	مرتفع	0.673	3.95	27.23		45.03		24.03		2.77		0.93		
					72.26						3.7				
المعدل العام لُبعد القيمة الوظيفية															



الشكل (33) توزيع الأهمية النسبية لُبعد القيمة الوظيفية

## 2. بُعد القيمة العاطفية

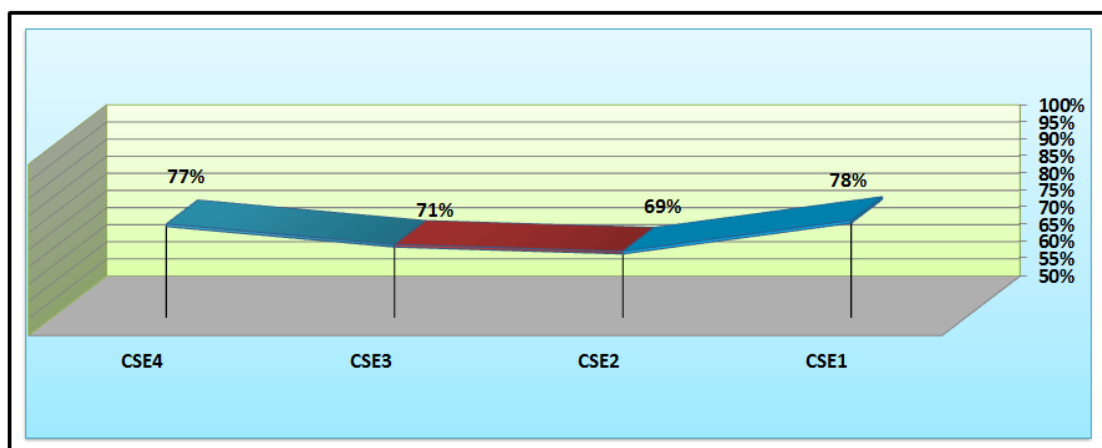
يتضح من نتائج الجدول (37) إلى أن المعدل العام لمستوى اتفاق المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الصحية تجاه بُعد التغطية العاطفية بلغ (74%) وبمتوسط حسابي مقداره (3.69) وهو باتجاه مستوى اتفاق مرتفع وانحراف معياري مساوٍ لـ (0.706)، مما يدل على اهتمام المراكز الصحية تجاه الفقرة الأولى (CSE1) والتي تنص على (تقدم المراكز الصحية خدمات لا تجعل المريض يشعر بالملل) بمتوسط حسابي قيمته (3.89) وانحراف معياري مساوٍ لـ (0.979) وأهمية نسبية بلغت (78%) وبمستوى إجابة مرتفع، فضلا عن اهتمام المراكز الصحية في الفقرة الرابعة (CSE4) والتي تنص على (يشعر المريض بالراحة النفسية عن الخدمات التي تقدمها المراكز

الصحية) كونها جاءت في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي مساوٍ لـ (3.84) وانحراف معياري بلغ (0.82) وبمستوى إجابة مرتفع وأهمية نسبية قيمتها (77%)، من جانب آخر يتعين على المراكز الصحية الاهتمام في متطلبات الفقرة الثانية (CSE2) والتي تنص على (يشعر المريض بالتحسن عند مراجعته المراكز الصحية) وبمتوسط حسابي مقداره (3.46) وانحراف معياري يبلغ (0.869) وأهمية نسبية قدرها (69%) مما يدل على أن اهتمام المراكز الصحية بتعزيز شعور المرضى باللطف والحسنى تجاه المركز الصحي.

الجدول (37) الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لُبُعد القيمة العاطفية

الترتيب الأهمية	الأهمية النسبية %	اتجاه الإجابة	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	موافق بشدة		موافق		محايد		غير موافق		غير موافق بشدة		الفقرة
					%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	
1	78%	مرتفع	0.979	3.89	26.7	131	50.7	249	8.8	43	12.6	62	1.2	6	CSE1
4	69%	مرتفع	0.869	3.46	6.9	34	49.1	241	28.1	138	14.7	72	1.2	6	CSE2
3	71%	مرتفع	0.839	3.56	11	54	43.8	215	37.1	182	6.3	31	1.8	9	CSE3
2	77%	مرتفع	0.82	3.84	20.6	101	47.3	232	28.5	140	2.4	12	1.2	6	CSE4
***	74%	مرتفع	0.706	3.69	16.3		47.73		25.63		9		1.35		
					64.03				10.35						

المعدل العام لُبُعد القيمة العاطفية



الشكل (34) توزيع الأهمية النسبية لُبُعد القيمة العاطفية

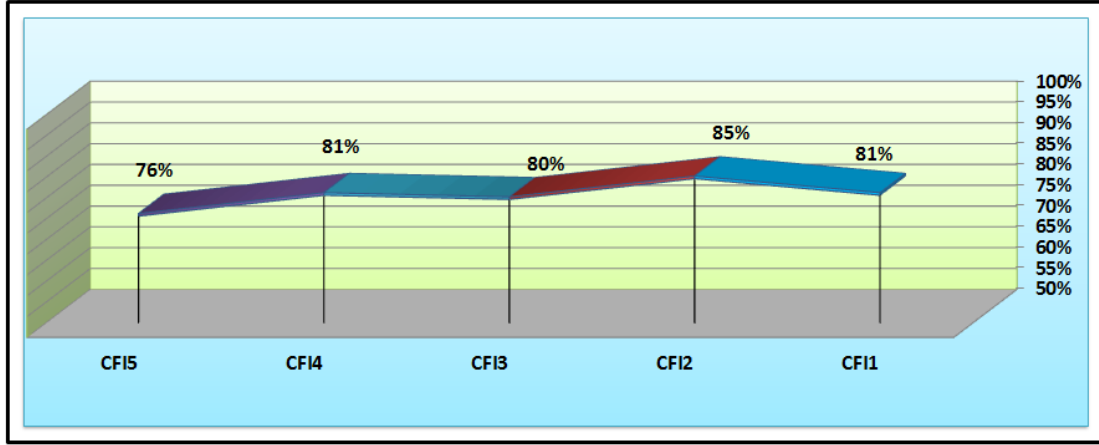
## 3. بُعد القيمة المالية

تشير نتائج الجدول (38) إلى أن المعدل العام للأوساط الحسابية للمرضى المراجعين لمراكز الرعاية الصحية تجاه بُعد القيمة المالية بلغ (4.04) وهو باتجاه مستوى اتفاق مرتفع وانحراف معياري مقداره (0.727) وبمستوى اتفاق مرتفع بأهمية نسبية قيمتها (81%)، مما يدل على اهتمام المراكز الصحية تجاه الفقرة الثانية (CFI2) والتي تنص على (تقدم المراكز الصحية خدمات صحية تفوق توقعات المريض) بمتوسط حسابي بلغ (4.25) وانحراف معياري قيمته (0.907) وأهمية نسبية قدرها (85%) وبمستوى إجابة مرتفع، إضافة إلى اهتمام المراكز الصحية في الفقرة الأولى (CFI1) والتي تنص على (يقدم المركز الصحي خدماته بأسعار مناسبة) كونها جاءت في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي بلغ (4.07) وانحراف معياري مساوٍ لـ (0.902) وبمستوى إجابة مرتفع وأهمية نسبية مقدارها (81%)، من جانب آخر يتعين على المراكز الصحية الاهتمام في متطلبات الفقرة الخامسة (CFI5) والتي تنص على (تعامل المريض مع المراكز الصحية خيار صائب وسليم ماليا) كونها جاءت في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي مساوٍ لـ (3.78) وانحراف معياري مقداره (0.896) وأهمية نسبية قيمتها (76%) ما يدل على أن اهتمام المراكز الصحية في التعامل مع المرضى بشفافية يؤدي إلى تعزيز قدرة المرضى على اتخاذ قرارات ايجابية وسليمة تصب في مصلحة المركز الصحي.

الجدول (38) الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لبُعد القيمة المالية

الترتيب الأهمية	الأهمية النسبية %	اتجاه الإجابة	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	موافق بشدة		موافق		محايد		غير موافق		غير موافق بشدة		الفقرة
					%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	
2	81%	مرتفع	0.902	4.07	36.9	181	37.9	186	22.8	112	0	0	2.4	12	CFI1
1	85%	مرتفع	0.907	4.25	48.3	237	35.4	174	11.4	56	3.1	15	1.8	9	CFI2
4	80%	مرتفع	0.911	4.02	31.8	156	47.3	232	14.7	72	4.1	20	2.2	11	CFI3
3	81%	مرتفع	0.91	4.07	34	167	46.8	230	13.2	65	3.5	17	2.4	12	CFI4
5	76%	مرتفع	0.896	3.78	18.9	93	50.1	246	24	118	4.1	20	2.9	14	CFI5
***	81%	مرتفع	0.727	4.04	33.98		43.5		17.22		2.96		2.34		
					77.48						5.3				

المعدل العام لبُعد القيمة المالية



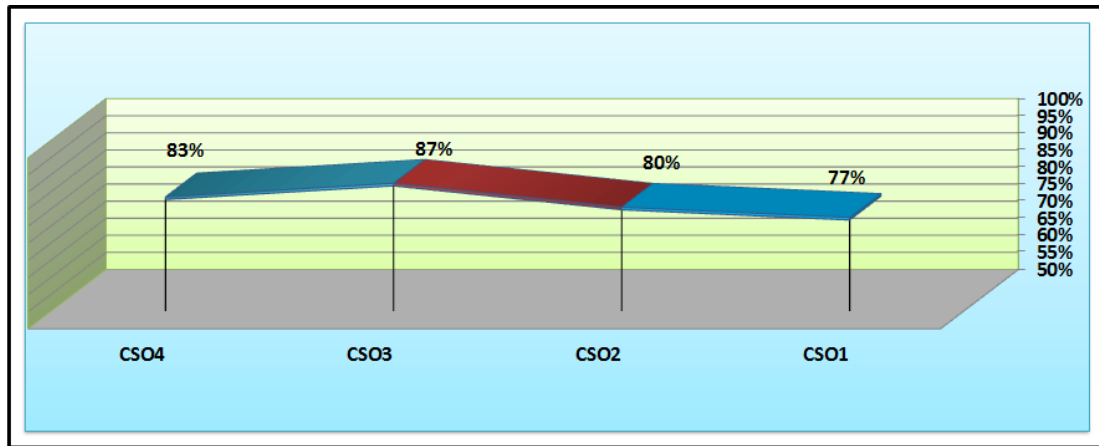
الشكل (35) توزيع الأهمية النسبية لبعء القيمة المالية

#### 4. بُعء القيمة الاجتماعية

تؤكد نتائج الجدول (39) إلى أن المعدل العام لمستوى اتفاق المرضى الراقدين في مراكز الرعاية الصحية تجاه بُعء القيمة الاجتماعية قدره (82%) وبمتوسط حسابي بلغ (4.08) وهو باتجاه مستوى اتفاق مرتفع وانحراف معياري قيمته (0.672)، مما يدل على اهتمام المراكز الصحية تجاه الفقرة الثالثة (CSO3) والتي تنص على (يشعر المريض بأن المركز الصحي جزء لا يتجزأ من المجتمع) بمتوسط حسابي بلغ (4.33) وانحراف معياري قدره (0.841) وأهمية نسبية مساوية لـ (87%) وبمستوى إجابة مرتفع، فضلا عن اهتمام المراكز الصحية في الفقرة الرابعة (CSO4) والتي تنص على (تمتلك المراكز الصحية ثقافة تنظيمية تتوافق مع ثقافة المجتمع) كونها جاءت في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي مقداره (4.15) وانحراف معياري مساوٍ لـ (0.826) وبمستوى إجابة مرتفع وأهمية نسبية بلغت (83%)، من جانب آخر يتعين على المراكز الصحية الاهتمام في متطلبات الفقرة الأولى (CSO1) والتي تنص على (يشعر المريض بالرضا والقبول عن خدمات المراكز الصحية) وبمتوسط حسابي بلغ (3.87) وانحراف معياري قدره (0.883) وأهمية نسبية مساوية لـ (77%) ما يدل على أن اهتمام المراكز الصحية بتحسين شعور المريض بالرضا والقبول بالخدمات المقدمة يسهم في تطوير القيمة الاجتماعية للمركز الصحي في بناء علاقات ايجابية مع المرضى.

الجدول (39) الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لُبعد القيمة الاجتماعية

الاهمية ترتيب الاهمية	الاهمية النسبية %	اتجاه الاجابة	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	موافق بشدة		موافق		محايد		غير موافق		غير موافق بشدة		الفقرة
					%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	
4	77%	مرتفع	0.883	3.87	21	103	55.4	272	15.1	74	6.7	33	1.8	9	CSO1
3	80%	مرتفع	0.756	3.98	20	98	65	319	9.8	48	4.1	20	1.2	6	CSO2
1	87%	مرتفع	0.841	4.33	50.3	247	37.1	182	9.6	47	1.2	6	1.8	9	CSO3
2	83%	مرتفع	0.826	4.15	35.2	173	51.1	251	9.2	45	2.9	14	1.6	8	CSO4
***	82%	مرتفع	0.672	4.08	31.63		52.15		10.93		3.73		1.6		
					83.78				5.33						
المعدل العام لُبعد الاجتماعية															



الشكل (36) توزيع الأهمية النسبية لُبعد القيمة الاجتماعية

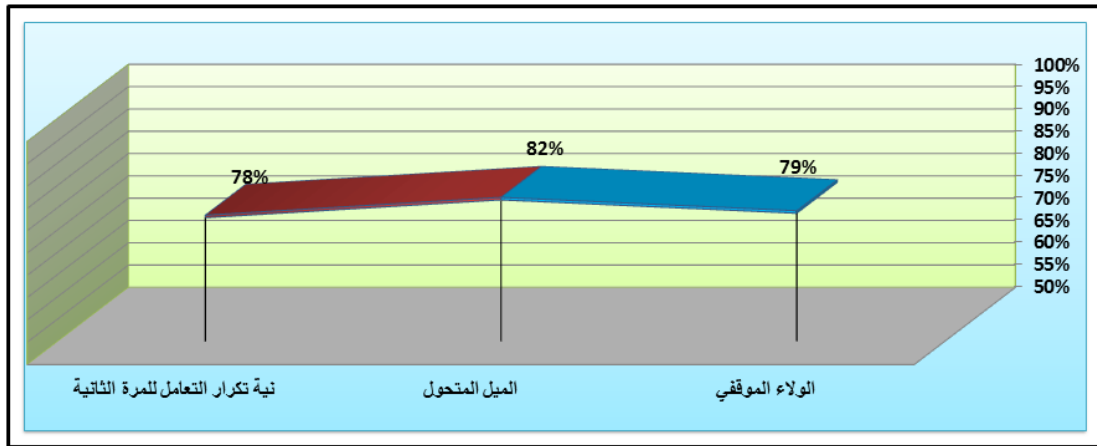
### ثالثاً:- التحليل الوصفي لمتغير النوايا السلوكية للزبون

تبين نتائج الجدول (40) إلى أن المعدل العام للوسط الحسابي لمتغير النوايا السلوكية للزبون بلغ (3.98) وهو باتجاه مستوى اتفاق مرتفع وانحراف معياري يبلغ (0.668) وأهمية نسبية مساوية لـ (80%)، وهذا يدل على اهتمام مراكز الرعاية الصحية في بُعد الميل للتحويل بمتوسط حسابي قدره (4.11) وانحراف معياري مساوٍ لـ (0.766) وأهمية نسبية مقدارها (82%)، فضلا عن ضرورة اهتمام مراكز الرعاية الصحية في تحسين نية تكرار التعامل للمرة الثانية بوسط حسابي مساوٍ لـ (3.88) وانحراف معياري مقداره (0.886) وأهمية نسبية قيمتها (78%)، ما يدل على ان اهتمام المراكز

الصحية في تحقيق متطلبات المرضى، فإن هذا الأمر يحفز المرضى على تكرار التعامل مع المركز.

الجدول (40) الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لإبعاد متغير النوايا السلوكية للزبون

الترتيب الأهمية	الأهمية النسبية %	اتجاه الإجابة	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	البُعد
الثاني	79%	مرتفع	0.667	3.95	الولاء الموقفي
الأول	82%	مرتفع	0.766	4.11	الميل للتحويل
الثالث	78%	مرتفع	0.886	3.88	نية تكرار التعامل للمرة الثانية
***	80%	مرتفع	0.668	3.98	
المعدل العام لمتغير النوايا السلوكية للزبون					



الشكل (37) توزيع الأهمية النسبية لإبعاد متغير النوايا السلوكية للزبون

### 1. بُعد الولاء الموقفي

توضح نتائج الجدول (41) إلى أن المعدل العام للأوساط الحسابية للمرضى المراجعين لمراكز الرعاية الصحية تجاه بُعد الولاء الموقفي بلغ (3.95) وهو باتجاه مستوى اتفاق مرتفع وانحراف معياري مقداره (0.667) وبأهمية نسبية مساوية لـ (79%)، مما يدل على اهتمام المراكز الصحية تجاه الفقرة الأولى (BLO1) والتي تنص على (تعد إعلانات المركز الصحي ذات تأثير إيجابي على المرضى) بمتوسط حسابي بلغ (4.13) وانحراف معياري قيمته (0.783) وأهمية نسبية قدرها (83%) وبمستوى إجابة مرتفع، إضافة إلى اهتمام المراكز الصحية في الفقرة الرابعة (BLO4) والتي تنص على (يحرص المركز الصحي على تقديم خدمات لها الأولوية

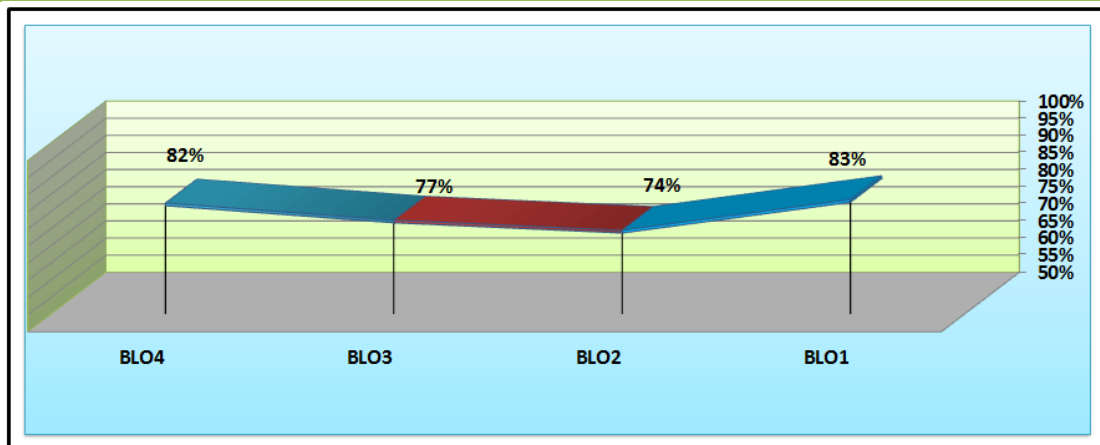


في اختيارات المرضى المستقبلية) كونها جاءت في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي بلغ (4.09) وانحراف معياري مساوٍ لـ (0.744) وبمستوى إجابة مرتفع وأهمية نسبية مقدارها (82%)، من جانب آخر يتعين على المراكز الصحية الاهتمام في متطلبات الفقرة الثانية (BLO2) والتي تنص على (يعتمد المركز الصحي وسائل التواصل الاجتماعي لاستقطاب المرضى) كونها جاءت في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي مساوٍ لـ (3.70) وانحراف معياري مقداره (0.796) وأهمية نسبية قيمتها (74%) مما يدل على أن اهتمام المراكز الصحية بتعزيز قدرتها على استخدام وسائل التواصل الاجتماعي يسهم في استقطاب أكبر عدد ممكن من المرضى تجاه المراكز الصحية.

الجدول (41) الاوساط الحسابية والانحرافات المعيارية والاهمية النسبية لُبعد الولاء الموقفي

الترتيب الاهمية	الاهمية النسبية %	اتجاه الاجابة	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	موافق بشدة		موافق		محايد		غير موافق		غير موافق بشدة		الفقرة
					%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	
1	83%	مرتفع	0.783	4.13	32	157	54.2	266	10.2	50	2.4	12	1.2	6	BLO1
4	74%	مرتفع	0.796	3.70	16.3	80	42	206	38.1	187	3.1	15	0.6	3	BLO2
3	77%	مرتفع	0.813	3.87	21.2	104	49.5	243	25.7	126	2.4	12	1.2	6	BLO3
2	82%	مرتفع	0.744	4.09	26.9	132	59.3	291	10.8	53	1.8	9	1.2	6	BLO4
***	79%	مرتفع	0.667	3.95	24.1		51.25		21.2		2.43		1.05		
					75.35				3.48						

المعدل العام لُبعد الولاء الموقفي



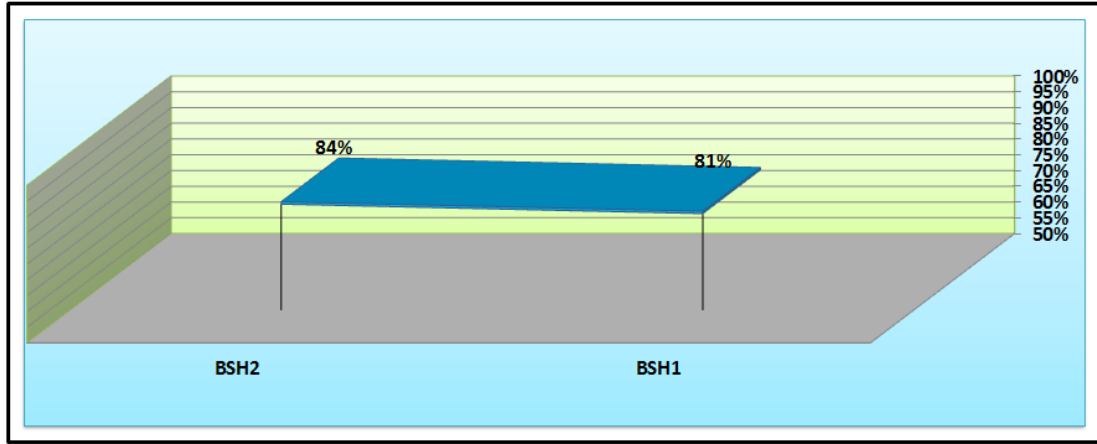
الشكل (38) توزيع الأهمية النسبية لُبعد الولاء الموقفي

## 2. بُعد الميل للتحويل

توضح نتائج الجدول (42) إلى أن المعدل العام لمستوى اتفاق المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الصحية تجاه بُعد الميل للتحويل قدره (82%) وبمتوسط حسابي بلغ (4.11) وهو أعلى من الوسط الفرضي البالغ (3) وانحراف معياري قيمته (0.766)، مما يدل على اهتمام المراكز الصحية تجاه الفقرة الثانية (BSH2) والتي تنص على (لن أتعامل مستقبلاً مع مركز صحي آخر حتى لو حصلت على خدمات إضافية) بمتوسط حسابي بلغ (4.18) وانحراف معياري قدره (0.818) وأهمية نسبية مساوية لـ (84%) وبمستوى إجابة مرتفع، من جانب آخر يتعين على المراكز الصحية الاهتمام في متطلبات الفقرة الأولى (BSH1) والتي تنص على (ليس لدي نية بالتعامل مع مركز صحي آخر حتى في حالة تغيير مكان سكني) وبمتوسط حسابي بلغ (4.04) وانحراف معياري قدره (0.967) وأهمية نسبية مساوية لـ (81%) مما يدل على أن اهتمام المراكز الصحية يعمل على تحسين نية المرضى في عدم التعامل مع مراكز صحية أخرى في حالة تغيير مكان السكن.

الجدول (42) الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لبُعد الميل للتحويل

الترتيب الأهمية	الأهمية النسبية %	اتجاه الإجابة	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	موافق بشدة		موافق		محايد		غير موافق		غير موافق بشدة		الفقرة
					%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	
2	81%	مرتفع	0.967	4.04	33.8	166	47.9	235	11	54	3.5	17	3.9	19	BSH1
1	84%	مرتفع	0.818	4.18	38.7	190	45.2	222	12	59	3.5	17	0.6	3	BSH2
***	82%	مرتفع	0.766	4.11	36.25		46.55		11.5		3.5		2.25		
					82.8				11.5		5.75				
المعدل العام لبُعد الميل للتحويل															



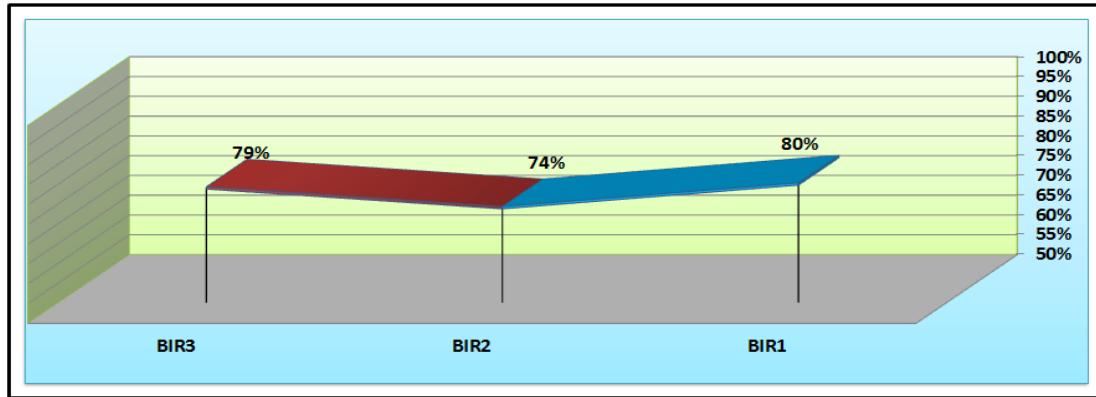
الشكل (39) توزيع الأهمية النسبية لبعء الميل للتحويل

### 3. بُعد نية تكرار التعامل للمرة الثانية

تشير نتائج الجدول (43) إلى أن المعدل العام لمستوى اتفاق المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الصحية تجاه بُعد نية تكرار التعامل للمرة الثانية بلغ (78%) وبمتوسط حسابي مقداره (3.88) وهو باتجاه مستوى اتفاق مرتفع وانحراف معياري مساوٍ لـ (0.886)، مما يدل على اهتمام المراكز الصحية تجاه الفقرة الأولى (BIR1) والتي تنص على (لو كنت مخيرًا سوف أستمر في التعامل مع هذا المركز الصحي) بمتوسط حسابي قيمته (3.98) وانحراف معياري مساوٍ لـ (0.887) وأهمية نسبية بلغت (80%) وبمستوى إجابة مرتفع، فضلًا عن اهتمام المراكز الصحية في الفقرة الثالثة (BIR3) والتي تنص على (لدي القناعة الكافية بولائي لهذا المركز الصحي) كونها جاءت في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي مساوٍ لـ (3.95) وانحراف معياري بلغ (0.769) وبمستوى إجابة مرتفع وأهمية نسبية قيمتها (79%)، من جانب آخر يتعين على المراكز الصحية الاهتمام في متطلبات الفقرة الثانية (BIR2) والتي تنص على (لدي الرغبة في تلقي الدعم الصحي المستمر من هذا المركز الصحي) وبمتوسط حسابي مقداره (3.70) وانحراف معياري يبلغ (1.276) وأهمية نسبية قدرها (74%) مما يدل على أن اهتمام المراكز الصحية بدعم رغبات المرضى وتحقيقها يسهم في أفضاء الزبائن على تكرار التعامل مره أخرى مع المركز الصحي.

الجدول (43) الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لُبعد نية تكرار التعامل للمرة الثانية

ترتيب ب الاهم ية	الاهمية النسبية %	اتجاه الاجابة	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	موافق بشدة		موافق		محايد		غير موافق		غير موافق بشدة		الفقرة
					%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	
1	80%	مرتفع	0.887	3.98	30.3	14 9	42.8	21 0	22.8	11 2	2.2	11	1.8	9	BIR1
3	74%	مرتفع	1.276	3.70	26.7	13 1	46.4	22 8	11	54	1.8	9	14.1	69	BIR2
2	79%	مرتفع	0.769	3.95	23	11 3	53	26 0	21	10 3	2.4	12	0.6	3	BIR3
***	78%	مرتفع	0.886	3.88	26.67		47.4		18.27		2.13		5.5		
					74.10				7.63						
المعدل العام لُبعد نية تكرار التعامل للمرة الثانية															



الشكل (40) توزيع الأهمية النسبية لُبعد نية تكرار التعامل للمرة الثانية

## المبحث الثالث

## اختبار فرضيات علاقات الارتباط وتحليلها

يهدف هذا المبحث اختبار فرضيات الدراسة من خلال مصفوفة الارتباط (معاملات الارتباط البسيط Pearson) وبالاعتماد على الحزمة الإحصائية لبرنامج (SPSS.V.25)، ومدخل نمذجة المعادلة الهيكلية بالاستناد إلى الحزمة الإحصائية لبرنامج (AMOS.V.25)، وعلى النحو الآتي:

## أولاً : اختبار فرضيات الارتباط

اعتمدت الدراسة على معامل الارتباط البسيط (بيرسون) في اختبار فرضيات الارتباط بين إبعاد المتغير المستقل (التغطية الصحية الشاملة) وإبعاد المتغير الوسيط (القيمة المتحققة للزبون)، وإبعاد المتغير المعتمد (النوايا السلوكية للزبون)، من جانب آخر تم اعتماد مقياس (Cohen et al., 1983:2) من اجل قياس طبيعة ونوع العلاقة بين المتغيرات وإبعادها وكما يعرضها الجدول (44) :

الجدول (44) قيمة معامل الارتباط ونوع العلاقة وقوتها

نوع العلاقة وقوتها	قيمة معامل الارتباط
علاقة طردية قوية	من 0.50 - 1
علاقة طردية معتدلة	من 0.30 - أقل من 0.50
علاقة طردية ضعيفة	من 0.10 - أقل من 0.30
لا توجد علاقة	0
علاقة عكسية ضعيفة	من (-0.10) - أقل من (-0.30)
علاقة عكسية معتدلة	من (-0.30) - أقل من (-0.50)
علاقة عكسية قوية	من (-0.50) - (-1)

source: Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (1983), "Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences", 3rd Edition, Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.P2.

## 1- الفرضية الرئيسية الأولى:

مفاد هذه الفرضية هو (توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين التغطية الصحية الشاملة والقيمة المتحققة للزبون)

تشير نتائج الجدول (45) إلى وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين التغطية الصحية الشاملة ، والقيمة المتحققة للزبون وبواقع (0.792) وعند مستوى معنوية

(0.01) وهي علاقة طردية قوية وفقا لمقياس (Cohen *et al.*, 1983:2)، مما يدل على أن اهتمام المراكز الصحية بتحسين تغطيتها السكانية والمالية والصحية و المالية سوف يؤدي إلى زيادة القيمة المتحققة للزبون، فضلا عن وجود علاقة ارتباط بين التغطية الصحية الشاملة بشكل عام و إبعاد القيمة المتحققة للزبون و بواقع (0.588) لبُعد القيمة المالية و (0.776) لبُعد القيمة العاطفية و (0.715) لبعد التغطية الوظيفية و (0.634) لبعد القيمة الاجتماعية ما يعني أن توافر إبعاد التغطية الصحية الشاملة من شأنه أن يساهم في تحسين إبعاد القيمة المتحققة للزبون، وتتنبثق من هذه الفرضية عدة فرضيات فرعية تتمثل في الآتي:

أ - **الفرضية الفرعية الأولى** : وتنص هذه الفرضية على (توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين التغطية السكانية والقيمة المتحققة للزبون بأبعادها المنفردة أو المجتمع)

تشير نتائج الجدول (45) إلى وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين التغطية السكانية والقيمة المتحققة للزبون قوية و طردية مقدارها (0.716) مما يدل على أن توسيع المراكز الصحية للرقعة الجغرافية التي تخدمها من شأنه أن يحسن من مستوى القيمة المتحققة للزبائن . ومن جانب آخر توجد علاقة ارتباط بين التغطية السكانية وإبعاد القيمة المتحققة للزبون و بقيمة تتراوح بين (0.565) لبُعد القيمة المالية إلى (0.682) لبُعد القيمة العاطفية، ما يدل على أن اهتمام المراكز الصحية بتوفير خدماتها لجميع أبناء المحافظة بغض النظر عن الانتماء المكاني أو العرقي أو الديني من شأنه يسهم في تحسين قدرتها على تطوير القيمة المالية المتحققة للزبائن.

ب - **الفرضية الفرعية الثانية**: وتنص هذه الفرضية على (توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين تغطية الخدمات الصحية والقيمة المتحققة للزبون بأبعادها المنفردة أو المجتمع)

تبين نتائج الجدول (45) وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين تغطية الخدمات الصحية والقيمة المتحققة للزبون و بعلاقة قوية و طردية بلغت (0.793) مما يدل على أن اهتمام المراكز الصحية بتوفير الخدمات الوقائية والعلاجية من شأنه أن يزيد من القيمة الوظيفية والعاطفية والمالية والاجتماعية للمرضى المراجعين ، فضلا عن وجود علاقة ارتباط بين تغطية الخدمات الصحية وإبعاد القيمة المتحققة للزبون و بقوة ارتباط تتراوح بين (0.607) لبُعد القيمة المالية إلى (0.778) لبُعد القيمة الوظيفية، مما يدل

على أن اهتمام المراكز الصحية في توفير و تحسين جودة خدماتها الوقائية والعلاجية وتوفير خدمات صحية لشرائح واسعة من المستفيدين ، يؤدي إلى تحسين القيمة المتحققة للزبون وذلك من خلال تغطية الخدمات الصحية بشكل يحقق شعور المرضى بالأطمئنان والثقة بالخدمات التي يقدمها المركز الصحي.

**ج . الفرضية الفرعية الثالثة:** وتنص هذه الفرضية على (توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين التغطية المالية والقيمة المتحققة للزبون بأبعادها المنفردة أو المجتمعة)

يلاحظ من نتائج الجدول (45) وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين التغطية المالية والقيمة المتحققة للزبون وهي علاقة ارتباط قوية وطرديّة مساوية لـ (0.692) مما يدل على اهتمام المراكز الصحية بتطوير آليات تمويل للتعامل مع الأزمات والأمراض الطارئة سوف يزيد من مستوى القيمة التي يحصل عليها الزبون من هذه المراكز. ومن جانب آخر توجد علاقة ارتباط بين التغطية المالية وإبعاد القيمة المتحققة للزبون وبقية تتراوح بين (0.469) لُبُعد القيمة المالية و (0.751) لُبُعد القيمة العاطفية و (0.624) لُبُعد القيمة الوظيفية ، مما يدل على أن سعي المراكز الصحية إلى تحسين الجوانب الاقتصادية والخدمية يسهم في تحسين قدرة المركز على تأمين الجوانب المالية والمادية للمرضى ذوي الدخل المحدود.

جدول (45) مصفوفة الارتباط بين إبعاد التغطية الصحية الشاملة وإبعاد القيمة المتحققة للزبون

القيمة المتحققة للزبون	القيمة الاجتماعية	القيمة المالية	القيمة العاطفية	القيمة الوظيفية	التغطية الصحية الشاملة	التغطية المالية	تغطية الخدمات الصحية	التغطية السكانية	المتغيرات
								1	التغطية السكانية
							1	.783**	تغطية الخدمات الصحية
						1	.738**	.815**	التغطية المالية
					1	.928**	.903**	.938**	التغطية الصحية الشاملة
				1	.715**	.624**	.788**	.581**	القيمة الوظيفية
			1	.653**	.776**	.751**	.715**	.682**	القيمة العاطفية
		1	.491**	.744**	.588**	.469**	.607**	.565**	القيمة المالية
	1	.850**	.396**	.735**	.634**	.528**	.609**	.626**	القيمة الاجتماعية
1	.868**	.902**	.744**	.912**	.792**	.692**	.793**	.716**	القيمة المتحققة للزبون
** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).									
n = 491					Sig. (2-tailed) = 0.000				

## 2\_ الفرضية الرئيسية الثانية

ومفاد هذه الفرضية ينص على (توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين التغطية الصحية الشاملة والنوايا السلوكية للزبون)

الجدول (46) مصفوفة الارتباط بين إبعاد التغطية الصحية الشاملة إبعاد النوايا السلوكية للزبون

المتغيرات	التغطية السكانية	تغطية الخدمات الصحية	التغطية المالية	التغطية الصحية الشاملة	الولاء الموقفي	الميل للتحويل	نية تكرار التعامل للمرة الثانية	النوايا السلوكية
التغطية السكانية	1							
تغطية الخدمات الصحية	.783**	1						
التغطية المالية	.815**	.738**	1					
التغطية الصحية الشاملة	.938**	.903**	.928**	1				
الولاء الموقفي	.657**	.769**	.686**	.760**	1			
الميل للتحويل	-.596**	-.539**	-.526**	-.599**	-.659**	1		
نية تكرار التعامل للمرة الثانية	.353**	.691**	.410**	.518**	.758**	.466**	1	
النوايا السلوكية	.602**	.768**	.611**	.711**	.919**	.807**	.872**	1

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

n = 491 Sig. (2-tailed) = 0.000

تستعرض نتائج الجدول (46) وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين التغطية الصحية الشاملة والنوايا السلوكية للزبون وبواقع (0.711) وعند مستوى معنوية اقل من (0.01) وهي علاقة طردية قوية وفقا لمقياس (Cohen et al.,1983:2)، مما يدل على اهتمام المراكز الصحية بتحسين تغطيتها سوف ينعكس بالإيجاب تجاه تحسين الولاء الموقفي، ويخفض من احتمالات الميل للتحويل، ويرفع من نية تكرار التعامل للمرة الثانية، فضلا عن وجود علاقة ارتباط مع إبعاد النوايا السلوكية للزبون وبواقع (0.518) لبعد نية تكرار التعامل للمرة الثانية و (0.760) لبعد الولاء الموقفي مما يعني أن اهتمام المراكز الصحية بتحسين الولاء الموقفي من خلال وسائل التواصل الاجتماعي يساهم في تحفيز المرضى على تكرار التعامل مع المركز الصحي، وتنبثق من هذه الفرضية عدة فرضيات فرعية تتمثل في الآتي :



أ - الفرضية الفرعية الأولى: وتنص هذه الفرضية على (توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين التغطية السكانية والنوايا السلوكية للزبون بأبعادها المنفردة أو المجتمعة)

تشير نتائج الجدول (46) إلى وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين التغطية السكانية والنوايا السلوكية للزبون وهي علاقة ارتباط قوية وطرديّة مقدارها (0.602) مما يدل على اهتمام المراكز الصحية على تطوير قدراتها تجاه تغطية السكان يساهم في كسب ولاء المرضى للتعامل مع المركز الصحي والالتزام وتفضيله مقارنة بالمراكز الصحية الأخرى، من جانب آخر توجد علاقة ارتباط معتدلة بين التغطية السكانية ونية تكرار التعامل للمرة الثانية من قبل المراجع قدرها (0.353) وعلاقة ارتباط طردية قوية قدرها (0.657) لُبعد الولاء الموقفي، مما يدل على أن اهتمام المراكز الصحية بتحسين تغطيتها السكانية يساهم في ضمان تكرار تعامل المرضى مع تلك المركز . كما توجد علاقة ارتباط عكسية قوية قدرها (-0.596) بين التغطية السكانية والميل للتحويل بمعنى أن الاهتمام بالتغطية السكانية سوف يخفض من الميل إلى التحول إلى مراكز صحية أخرى.

ب - الفرضية الفرعية الثانية: وتنص هذه الفرضية على (توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين تغطية الخدمات الصحية والنوايا السلوكية للزبون بأبعادها المنفردة أو المجتمعة)

تبين نتائج الجدول (46) وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين تغطية الخدمات الصحية والنوايا السلوكية للزبون وبالعلاقة قوية وطرديّة بلغت (0.768) مما يدل على أن اهتمام المراكز الصحية بتطوير قدراتها الوقائية ، والعلاجية من شأنه أن يحسن من النوايا السلوكية للمراجعين ، فضلا عن وجود علاقة ارتباط عكسية قوية بين تغطية الخدمات الصحية والميل إلى التحول قدرها (-0.539) وبالعلاقة طردية قوية مع الولاء الموقفي قدرها (0.769) لُبعد الولاء الموقفي ، مما يدل على أن اهتمام المراكز الصحية في تحسين جودة خدماتها وتوفير خدمات صحية نمطية وغير نمطية يؤدي إلى تحسين الولاء الموقفي ، والحد من الميول إلى التحول إلى مراكز صحية أخرى.

ج - الفرضية الفرعية الثالثة: وتنص هذه الفرضية على (توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين التغطية المالية والنوايا السلوكية للزبون بأبعادها المنفردة أو المجتمعة)

يلاحظ من نتائج الجدول (46) وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين التغطية المالية والنوايا السلوكية للزبون وهي علاقة قوية وطردية مساوية لـ (0.611) مما يدل على اهتمام المراكز الصحية بتطوير آليات تمويل للتعامل مع الأزمات والأمراض الطارئة من شأنه أن يحسن من النوايا السلوكية للمراجعين ، من جانب آخر توجد علاقة ارتباط بين التغطية المالية وإبعاد النوايا السلوكية للزبون وبقيمة تتراوح بين (0.410) لبعد نية تكرار التعامل للمرة الثانية إلى (0.686) لبعد الولاء الموقفي، مما يدل على ان اهتمام المراكز الصحية بالتغطية المالية من شأنه أن يرفع من مستوى نية تكرار التعامل للمرة الثانية ويعزز من الولاء الموقفي ، ومن جانب آخر أظهرت النتائج وجود علاقة عكسية قوية بين التغطية المالية ونية المراجعين للتحويل عن المركز قدرها (-0.526) بمعنى أن الاهتمام بالتغطية المالية، من شأنه أن يخفض من مستوى الميل للتحويل لدى المراجعين.

### 3- الفرضية الرئيسية الثالثة: (توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين القيمة المتحققة للزبون والنوايا السلوكية للزبون)

الجدول (47) مصفوفة الارتباط بين إبعاد القيمة المتحققة للزبون وإبعاد النوايا السلوكية للزبون

المتغيرات	القيمة الوظيفية	القيمة العاطفية	القيمة المالية	القيمة الاجتماعية	القيمة المتحققة للزبون	الولاء الموقفي	الميل للتحويل	نية تكرار التعامل للمرة الثانية	النوايا السلوكية
القيمة الوظيفية	1								
القيمة العاطفية	.653**	1							
القيمة المالية	.744**	.491**	1						
القيمة الاجتماعية	.735**	.396**	.850**	1					
القيمة المتحققة للزبون	.912**	.744**	.902**	.868**	1				
الولاء الموقفي	.840**	.642**	.713**	.759**	.860**	1			
الميل للتحويل	-.628**	-.327**	-.692**	-.784**	-.708**	-.659**	1		
نية تكرار التعامل للمرة الثانية	.820**	.491**	.570**	.542**	.705**	.758**	.466**	1	
النوايا السلوكية	.882**	.555**	.754**	.792**	.869**	.919**	.807**	.872**	1

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

n = 491 Sig. (2-tailed) = 0.000

تبين نتائج الجدول (47) وجود علاقة ارتباط قوية ذات دلالة إحصائية بين القيمة المتحققة للزبون والنوايا السلوكية للزبون وبواقع (0.869) وعند مستوى معنوية عند

مستوى (0.01) وهي علاقة طردية قوية وفقا لمقياس (Cohen et al.,1983:2)، مما يدل على اهتمام المراكز الصحية بتحسين القيم الوظيفية والعاطفية والمالية والاجتماعية يسهم في تحسين النوايا السلوكية الخاصة بالولاء الموقفي وعدم الميل للتحويل ونية تكرار التعامل للمرة الثانية، فضلا عن وجود علاقة ارتباط تجاه إبعاد النوايا السلوكية للزبون وبواقع (0.705) لبُعد نية تكرار التعامل للمرة الثانية إلى (0.860) لبُعد الولاء الموقفي مما يعني أن اهتمام المراكز الصحية بتحسين القيم المتحققة للزبائن سوف يؤدي إلى رفع مستوى نية تكرار التعامل للمرة الثانية والولاء الموقفي ويخفض من مستوى الميول إلى التحويل إلى مراكز أخرى ، وتنبثق من هذه الفرضية عدة فرضيات فرعية تتمثل في الآتي:

**أ - الفرضية الفرعية الأولى: (توجد علاقة ارتباط ذات علاقة إحصائية بين القيمة الوظيفية والنوايا السلوكية للزبون بأبعادها منفردة أو مجتمعة)**

تشير نتائج الجدول (47) إلى وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين القيمة الوظيفية والنوايا السلوكية للزبون وهذه العلاقة قوية وطرديّة مقدارها (0.882) مما يدل على اهتمام المراكز الصحية بتطوير القيمة الوظيفية من اجل بناء تصور ايجابي عنها لدى المرضى تجاه الخدمات المقدمة من قبل هذه المراكز، من جانب آخر توجد علاقة ارتباط بين القيمة الوظيفية وأبعاد النوايا السلوكية للزبون وبقيمة عكسية بلغت (-0.628) لبُعد الميل المتحول ، وقيمة طردية قوية (0.840) لبُعد الولاء الموقفي، مما يدل على أن اهتمام المراكز الصحية بالجوانب الوظيفية المتعلقة بالخدمة أو التفاعل مع الزبائن من شأنه أن يخفض من مستوى الميل للتحويل وبناء علاقة ايجابية مع المرضى.

**ب - الفرضية الفرعية الثانية: (توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين القيمة العاطفية والنوايا السلوكية للزبون بأبعادها المنفردة أو المجتمعة)**

تبين نتائج الجدول (47) وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين القيمة العاطفية و النوايا السلوكية للزبون وبالعلاقة قوية وطرديّة بلغت (0.555) مما يدل أن على اهتمام المراكز الصحية بتطوير القيمة العاطفية سوف يرفع من مستوى النوايا السلوكية للمريض ويشعره بالمتعة ، والحد من الملل نتيجة مراجعته إلى المركز خلال فترة علاجه المرضية، فضلا عن وجود علاقة ارتباط بين القيمة العاطفية، وإبعاد النوايا السلوكية للزبون ممثلة بعلاقة ارتباط عكسية تتراوح بين (-0.327) لبُعد الميل

للتحول وعلاقة ارتباط طردية قوية قدرها (0.642) لبُعد الولاء الموقفي، مما يدل على ان اهتمام المراكز الصحية ببناء أسس لمشاعر وارتباط عاطفي تتكامل بشعور الزبائن بالراحة والعاطفة من شأنه أن يؤدي إلى الحد من عزوف المرضى تجاه التحول والتعامل مع مراكز أخرى.

**ج - الفرضية الفرعية الثالثة:** (توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين القيمة المالية والنوايا السلوكية للزبون بأبعادها منفردة أو مجتمعة).

يلاحظ من نتائج الجدول (47) وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين القيمة المالية و النوايا السلوكية للزبون ، وهي علاقة ارتباط قوية وطرديّة مساوية لـ (0.754) مما يدل على اهتمام المراكز الصحية بتحسين النوايا السلوكية للمرضى من خلال زيادة الاهتمام بالقيم المالية ، من جانب آخر توجد علاقة ارتباط بين القيمة المالية وإبعاد النوايا السلوكية للزبون وبقيمة تتراوح بين (0.570) لبُعد نية تكرار التعامل للمرة الثانية إلى (0.713) لبُعد الولاء الموقفي ، مما يدل على أن اهتمام المراكز الصحية بالعمل على أن تتجاوز المنافع الكلية التي يحصل عليها الزبون عند مقارنتها مع الكلف الكلية التي يتحملها للحصول على الخدمات الصحية، والعلاجية التي تؤدي إلى الحد من تحول المرضى إلى التعامل مع مراكز صحية أخرى مما يسهم في تحسين قيمة وسمعة المركز الصحي.

**د - الفرضية الفرعية الرابعة:** (توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين القيمة الاجتماعية والنوايا السلوكية للزبون بأبعادها المنفردة أو المجتمعة)

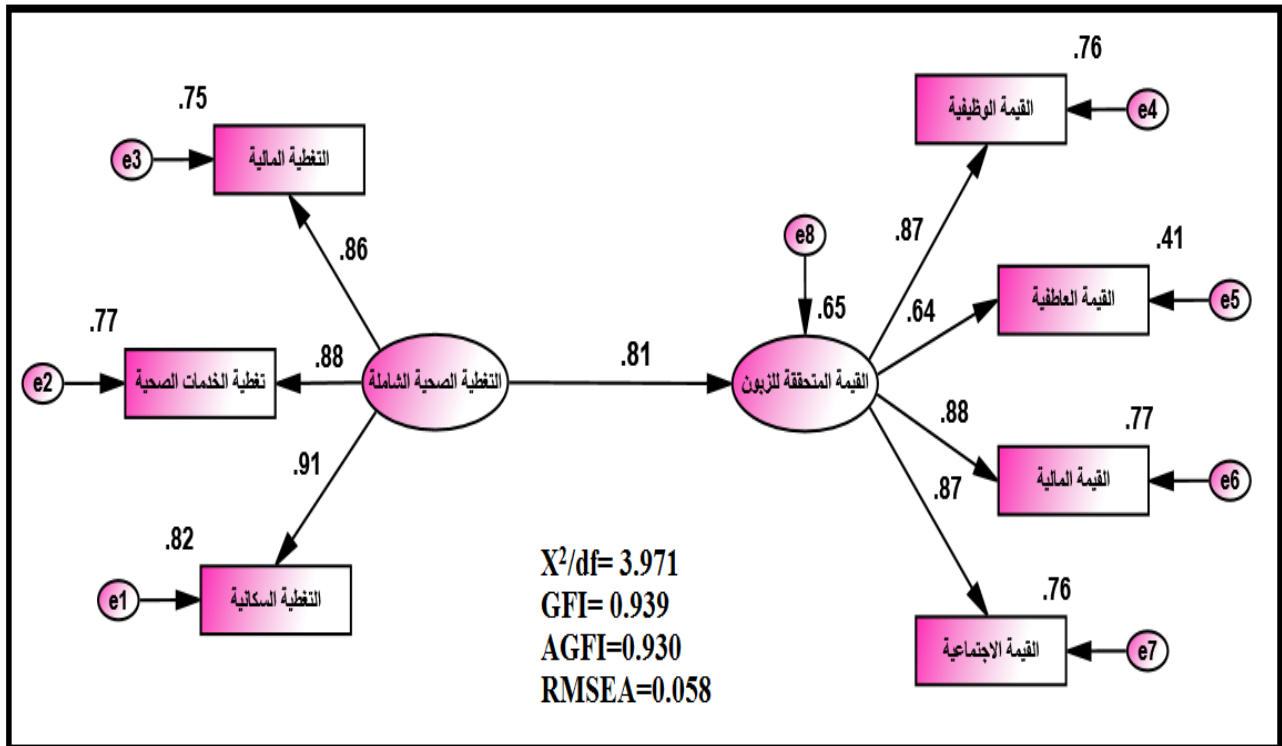
تبين نتائج الجدول (47) علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين القيمة الاجتماعية والنوايا السلوكية للزبون و بواقع قوة ارتباط قوية وطرديّة مقدارها (0.792) مما يدل على اهتمام المراكز الصحية في بناء علاقات ايجابية مع المرضى من اجل المحافظة على النوايا السلوكية للمرضى تجاه التعامل مع المركز الصحي، فضلا عن وجود علاقة ارتباط بين القيمة الاجتماعية وابعاد النوايا السلوكية للزبون وبقيمة تتراوح بين (0.542) لبُعد نية تكرار التعامل للمرة الثانية إلى (-0.784) لبُعد الميل للتحول، مما يدل على أن اهتمام المراكز الصحية في تحسين القيم الاجتماعية ( تحقيق القبول الاجتماعي ) من شأنه أن يحسن من مستوى النوايا السلوكية للمراجعين.

ثانياً:- فرضيات التأثير

### 1- الفرضية الرئيسية الرابعة

تنص هذه الفرضية على (توجد علاقة تأثير ذات دلالة إحصائية بين التغطية الصحية الشاملة والقيمة المتحققة للزبون)

تستعرض نتائج الجدول (48) والمبينة في الشكل (40) وجود علاقة تأثير للتغطية الصحية الشاملة في القيمة المتحققة للزبون، إذ أسهمت التغطية الصحية الشاملة في تفسير (0.627) من القضايا التي تقف دون تطور وازدهار القيمة المتحققة للزبون في مراكز الرعاية الصحية المدروسة، الأمر الذي يدل على أن زيادة التغطية الصحية الشاملة بمقدار وحدة واحدة يؤدي إلى زيادة القيمة المحققة للزبون بمقدار (0.809) وبخطأ معياري بلغ (0.054) وبقيمة حرجة قدره (14.982) وبالتالي فإن تطوير التغطية الصحية الشاملة بمعدل (0.377) سوف يسهم في تحسين وتطوير القيمة المتحققة للزبون.



الشكل (41) الأنموذج البنائي لتأثير التغطية الصحية الشاملة في القيمة المتحققة للزبون

الجدول (48) نتائج تحليل تأثير التغطية الصحية الشاملة في القيمة المتحققة للزبون

نوع التأثير	الاحتمالية (P)	معامل التحديد R <sup>2</sup>	النسبة المئوية الحرجة	الخطأ المعياري	الأوزان المعيارية	مسار الانحدار		
معنوي	***	0.627	14.982	0.054	0.809	القيمة المتحققة للزبون	<---	التغطية الصحية الشاملة

وتنتبثق من هذه الفرضية عدة فرضيات فرعية تتمثل في الآتي:

أ - الفرضية الفرعية الأولى: توجد علاقة تأثير ذات دلالة إحصائية بين التغطية السكانية والقيمة المتحققة للزبون بأبعادها المنفردة أو المجتمعمة

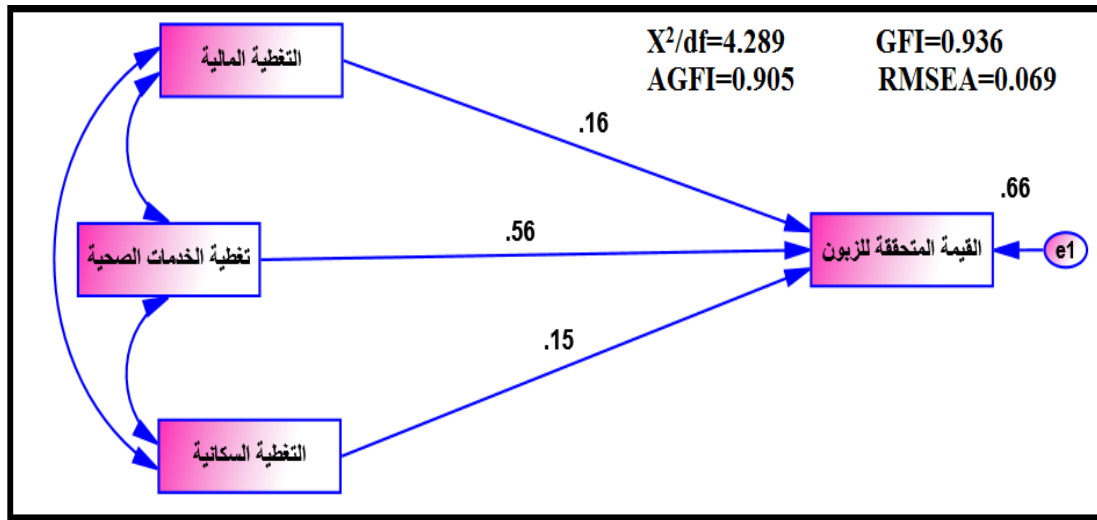
يلحظ من نتائج الجدول (49) إلى أن تحسين بُعد التغطية السكانية بمقدار وزن معياري واحد يؤدي إلى تحسين قدرة المراكز الصحية المدروسة على تركيز جهودها على تطوير القيمة المتحققة للزبون بمقدار (0.152) وبخطأ معياري يبلغ (0.05) أي بنسبة حرجة قدرها (3.04) مما يدل على ضرورة أن تعمل المراكز الصحية على تحسين قدرتها في التغطية السكانية بمقدار (0.848)، وهذا الأمر بدوره يؤدي إلى الاهتمام بتقديم خدمات علاجية ووقائية هادفة إلى توعية المرضى وتوفير الخدمات والاحتياجات الضرورية لهم.

ب - الفرضية الفرعية الثانية: توجد علاقة تأثير ذات دلالة إحصائية بين تغطية الخدمات الصحية والقيمة المتحققة للزبون بأبعادها المنفردة أو المجتمعمة

تستعرض نتائج الجدول (49) إلى أن زيادة بُعد تغطية الخدمات الصحية بمقدار وزن معياري واحد يؤدي إلى زيادة القيمة المتحققة للزبون بقيمة (0.559) وبخطأ معياري مقداره (0.046) أي بنسبة حرجة تبلغ (12.152) مما يدل على ضرورة أن تعمل المراكز الصحية على تعزيز قابلياتها تجاه الاهتمام في تغطية الخدمات الصحية وذلك بمقدار (0.441)، وهذا الأمر بدوره يؤدي إلى الحرص على تلافي المشاكل، والتصادم مع المرضى تجاه طبيعة، وجودة الخدمات المقدمة والعمل على توفير الإجراءات التصحيحية الكفيلة بتوفير وتلبية حاجاتهم ورغباتهم العلاجية والوقائية.

ج - الفرضية الفرعية الثالثة: توجد علاقة تأثير ذات دلالة إحصائية بين التغطية المالية والقيمة المتحققة للزبون بأبعادها المنفردة أو المجتمعمة

أسفرت النتائج الواردة في الجدول (49) إلى أن زيادة بُعد التغطية المالية بمقدار وزن معياري واحد يؤدي إلى زيادة القيمة المتحققة للزبون بقيمة (0.155) وبخطأ معياري يبلغ (0.043) أي بنسبة حرجة قدرها (3.605) الأمر الذي يدل على ضرورة ان تعمل المراكز الصحية على تحسين التغطية المالية في التنبؤ في الأحداث والأزمات بمقدار (0.845)، وهذا الأمر بدوره يؤدي إلى الاهتمام بالعمل وفق آليات تأمين صحية مدفوعة الثمن من اجل الحد من تفشي الأمراض والأزمات في المركز الصحي والمناطق التي تتواجد فيها.



الشكل (42) الأنموذج البنائي لتأثير إبعاد التغطية الصحية الشاملة في القيمة المتحققة للزبون تبين نتائج الجدول (49) إلى أن إبعاد التغطية الصحية الشاملة أسهم في تفسير (0.627) من واقع القيمة المتحققة للزبون، وأن (0.373) من التغيرات في القيمة المتحققة للزبون تعود إلى عوامل أخرى غير داخلية في النموذج.

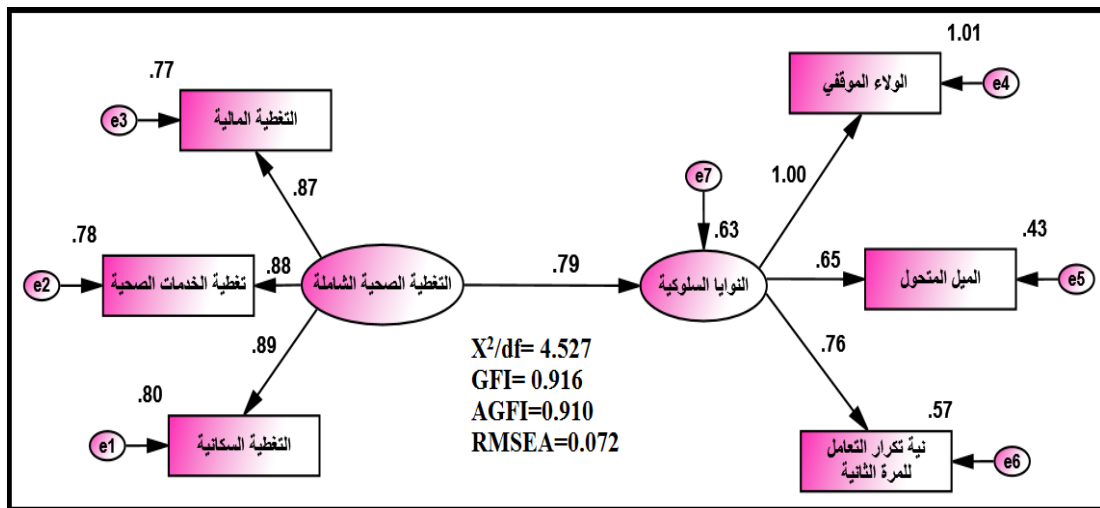
الجدول (49) نتائج تحليل تأثير إبعاد التغطية الصحية الشاملة في القيمة المتحققة للزبون

نوع التأثير	الاحتمالية (P)	معامل التحديد R <sup>2</sup>	النسبة الحرجة	الخطأ المعياري	الأوزان المعيارية	مسار الانحدار		
معنوي	0.003	0.627	3.04	0.05	0.152	القيمة المتحققة للزبون	<---	التغطية السكانية
معنوي	***		12.152	0.046	0.559		<---	تغطية الخدمات الصحية
معنوي	0.001		3.605	0.043	0.155		<---	التغطية المالية

## 2- الفرضية الرئيسية الخامسة

تنص هذه الفرضية على (توجد علاقة تأثير ذات دلالة إحصائية بين التغطية الصحية الشاملة والنوايا السلوكية للزبون)

تشير نتائج الجدول (50) والمبينة في الشكل (42) إلى وجود تأثير للتغطية الصحية الشاملة في النوايا السلوكية للزبون، إذ أسهمت التغطية الصحية الشاملة في تفسير (0.38) من القضايا التي تحد من قدرة مراكز الرعاية الصحية على الاهتمام في النوايا السلوكية للزبون، الأمر الذي يدل على أن زيادة التغطية الصحية الشاملة بمقدار وحدة واحدة يؤدي إلى زيادة النوايا السلوكية للزبون بقيمة (0.792) وبخطأ معياري قدره (0.046) وبقيمة حرجة قدره (17.217) وبنفس الوقت فإن ( ) من التغيرات في النوايا السلوكية تعود لعوامل أخرى غير داخلية في النموذج .



الشكل (43) الإنموذج البنائي لتأثير إبعاد التغطية الصحية الشاملة في النوايا السلوكية للزبون

الجدول (50) نتائج تحليل تأثير التغطية الصحية الشاملة في النوايا السلوكية للزبون

نوع التأثير	الاحتمالية (P)	معامل التحديد R <sup>2</sup>	النسبة الحرجة	الخطأ المعياري	الاوزان المعيارية	مسار الانحدار	التغطية الصحية الشاملة
معنوي	***	0.38	17.217	0.046	0.792	النوايا السلوكية للزبون	<---



وتنبثق من هذه الفرضية عدة فرضيات فرعية تتمثل في الآتي:

أ - الفرضية الفرعية الأولى: توجد علاقة تأثير ذات دلالة إحصائية بين التغطية السكانية والنوايا السلوكية للزبون بأبعادها المنفردة أو المجتمعمة

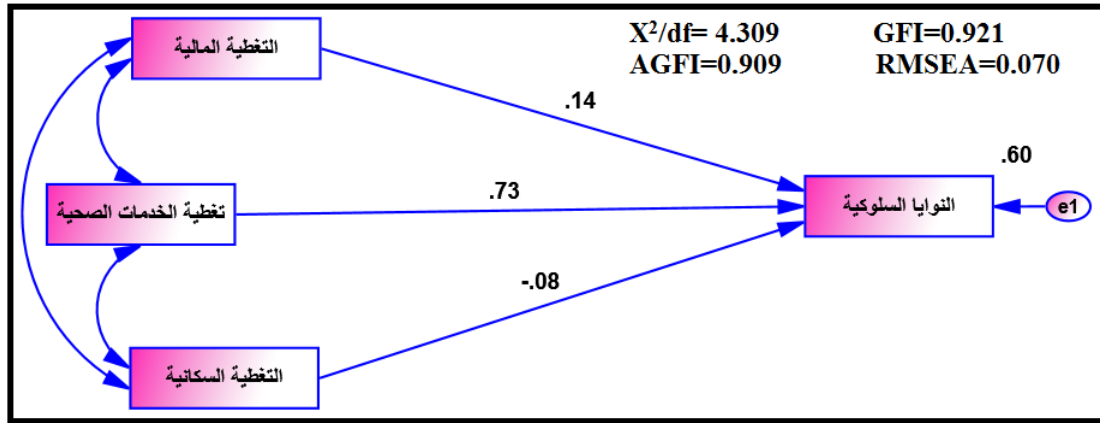
يلاحظ من نتائج الجدول (51) إلى أن وجود تأثير معنوي للتغطية السكانية في النوايا السلوكية للزبون بأبعادها المنفردة أو المجتمعمة، وهذا الأمر بدوره يؤدي إلى الحرص على المحافظة على جودة الخدمات العلاجية التي يتم تقديمها من أجل تسخين تجربة المرضى للخدمات المقدمة.

ب - الفرضية الفرعية الثانية: توجد علاقة تأثير ذات دلالة إحصائية بين تغطية الخدمات الصحية والنوايا السلوكية للزبون بأبعادها المنفردة أو المجتمعمة

يلاحظ من نتائج الجدول (51) إلى أن تحسين بُعد تغطية الخدمات الصحية بمقدار وزن معياري واحد يؤدي إلى تحسين قدرة المراكز الصحية المدروسة على تركيز جهودها في تطوير النوايا السلوكية للزبون بمقدار (0.729) وبخطأ معياري يبلغ (0.057) أي بنسبة حرجة قدرها (12.789) مما يدل على ضرورة أن تعمل المراكز الصحية على تحسين قدرتها في تغطية الخدمات الصحية بمقدار (0.271)، وهذا الأمر بدوره يؤدي إلى الحرص على توفير تغطية صحية نفسية وذهنية للمرضى بما يساهم في الحد من المستجبات التي تؤثر على حالتهم الصحية.

ج - الفرضية الفرعية الثالثة: توجد علاقة تأثير ذات دلالة إحصائية بين التغطية المالية والنوايا السلوكية للزبون بأبعادها المنفردة أو المجتمعمة

تستعرض نتائج الجدول (51) إلى إن زيادة بُعد التغطية المالية بمقدار وزن معياري واحد يؤدي إلى زيادة النوايا السلوكية للزبون بقيمة (0.138) وبخطأ معياري مقداره (0.053) أي بنسبة حرجة تبلغ (2.604) مما يدل على ضرورة إن تعمل المراكز الصحية على تعزيز قابلياتها تجاه الاهتمام في التغطية المالية وذلك بمقدار (0.862)، وهذا الأمر بدوره يؤدي إلى الاهتمام بالخطط الموضوعية من أجل توفير المساعدات المالية، والاقتصادية، وتطويرها، من أجل توفير خدمة صحية ذات جودة مقبولة.



الشكل (44) الأنموذج البنائي لتأثير إبعاد التغطية الصحية الشاملة في النوايا السلوكية للزبون يلاحظ من نتائج الجدول (51) إلى أن إبعاد التغطية الصحية الشاملة أسهمت في تفسير (0.38) من واقع النوايا السلوكية للزبون، مما يدل على أن اهتمام المراكز الصحية بتطوير التغطية السكانية والخدمات الصحية والمالية يعمل على تحفيز المرضى على تكرار التعامل مع المراكز الصحية بمقدار (0.62) وهو يمثل مقدار العوامل التي تؤثر على نية المرضى في التعامل مع المراكز الصحية المدروسة.

الجدول (51) نتائج تحليل تأثير إبعاد التغطية الصحية الشاملة في النوايا السلوكية للزبون

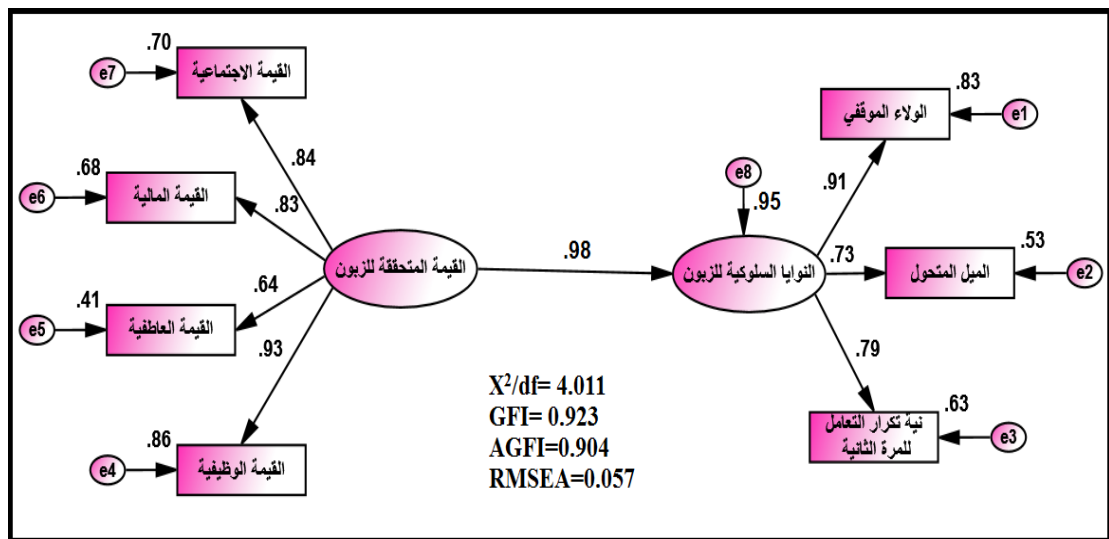
نوع التأثير	الاحتمالية (P)	معامل التحديد R <sup>2</sup>	النسبة المئوية	الخطأ المعياري	الأوزان المعيارية	مسار الانحدار	
معنوي	0.150	0.38	1.290	0.062	0.421	النوايا السلوكية للزبون	<---
معنوي	***		12.789	0.057	0.729		<---
معنوي	0.007		2.604	0.053	0.138		<---

3- الفرضية الرئيسية السادسة : تنص هذه الفرضية على (توجد علاقة تأثير ذات دلالة إحصائية بين القيمة المتوقعة للزبون والنوايا السلوكية للزبون)

الجدول (52) نتائج تحليل تأثير القيمة المتوقعة للزبون في النوايا السلوكية للزبون

نوع التأثير	الاحتمالية (P)	معامل التحديد R <sup>2</sup>	النسبة المئوية	الخطأ المعياري	الأوزان المعيارية	مسار الانحدار	
معنوي	***	0.755	39.04	0.025	0.976	<---	القيمة المتوقعة للزبون

يلاحظ من نتائج الجدول (52) والمبينة في الشكل (44) إلى وجود تأثير للقيمة المتحققة للزبون في النوايا السلوكية للزبون، إذ أسهمت القيمة المتحققة للزبون في تفسير ما مقداره (0.755) من القضايا التي تقف دون تحسين النوايا السلوكية للزبون في مراكز الرعاية الصحية المدروسة، الأمر الذي يدل على أن زيادة القيمة المتحققة للزبون بمقدار وحدة واحدة يؤدي إلى زيادة النوايا السلوكية للزبون بمقدار (0.976) وبخطأ معياري بلغ (0.025) وبقيمة حرجة قدره (39.04) وتشير هذه النتائج إلى أن (0.245) من التغيرات في النوايا السلوكية للزبون تعود إلى عوامل أخرى غير داخلية في النموذج.



الشكل (45) الأنموذج البنائي لتأثير القيمة المتحققة للزبون في النوايا السلوكية للزبون

وتنبثق من هذه الفرضية عدة فرضيات فرعية تتمثل في الآتي:

أ - الفرضية الفرعية الأولى: توجد علاقة تأثير ذات دلالة إحصائية بين القيمة الوظيفية والنوايا السلوكية للزبون بأبعادها المنفردة أو المجتمعمة

يتضح من نتائج الجدول (53) إلى إن زيادة بُعد القيمة الوظيفية بمقدار وزن معياري واحد يؤدي إلى زيادة النوايا السلوكية للزبون بقيمة (0.644) وبخطأ معياري مقداره (0.035) أي بنسبة حرجة تبلغ (18.4) مما يدل على ضرورة أن تعمل المراكز الصحية على تعزيز قابلياتها تجاه الاهتمام في القيمة الوظيفية، وذلك بمقدار (0.356) وهذا الأمر بدوره ؛ يؤدي إلى حرص إدارات المراكز الصحية على الاهتمام بتقديم خدمات متميزة وذات جودة عالية.

ب - الفرضية الفرعية الثانية: توجد علاقة تأثير ذات دلالة إحصائية بين القيمة العاطفية والنوايا السلوكية للزبون بأبعادها المنفردة أو المجتمعمة

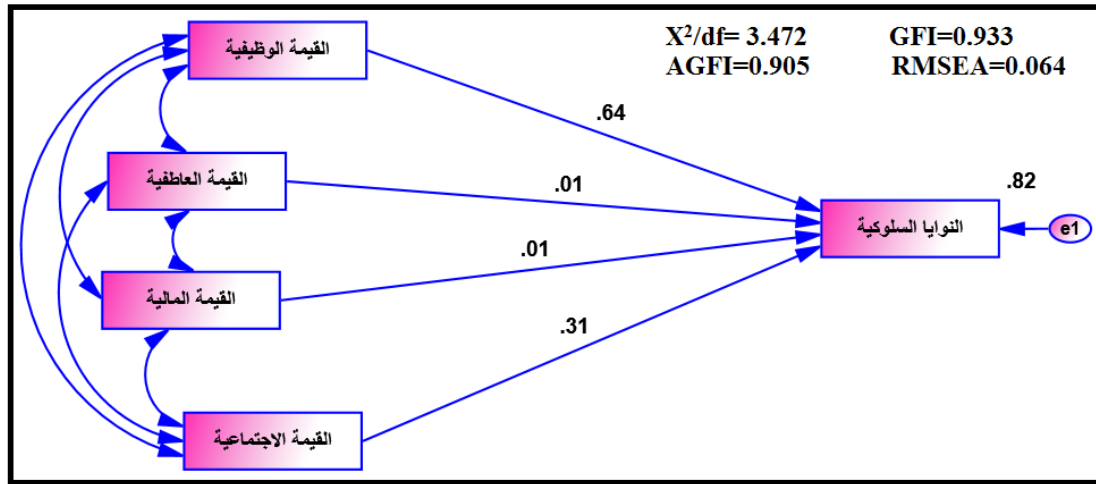
أسفرت النتائج الواردة في الجدول (53) إلى انه يوجد تأثير معنوي للقيمة العاطفية تجاه النوايا السلوكية للزبون، وهذا الأمر بدوره يؤدي حرص المراكز الصحية على الاهتمام بالقيمة العاطفية للمرضى من اجل الحد من الوقوع في المشاكل نتيجة الأخفاقات في تلبية حاجات ومتطلبات المرضى المترددين على المراكز الصحية المدروسة.

ج - الفرضية الفرعية الثالثة: توجد علاقة تأثير ذات دلالة إحصائية بين القيمة المالية والنوايا السلوكية للزبون بأبعادها المنفردة أو المجتمعمة

يلاحظ من نتائج الجدول (53) إلى انه لا يوجد تأثير معنوي للقيمة المالية تجاه النوايا السلوكية للزبون، وهذا الأمر بدوره يؤدي الاهتمام في تخفيض التكاليف العلاجية للمرضى ومراعاة ظروف المعيشة التي يعاني منها المرضى بشكل خاصة والبلد بشكل عام.

د - الفرضية الفرعية الرابعة: توجد علاقة تأثير ذات دلالة إحصائية بين القيمة الاجتماعية والنوايا السلوكية للزبون بأبعادها المنفردة أو المجتمعمة

تستعرض نتائج الجدول (53) أن زيادة بُعد القيمة الاجتماعية بمقدار وزن معياري واحد يؤدي إلى زيادة النوايا السلوكية للزبون بقيمة (0.306) وبخطأ معياري مقداره (0.039) أي بنسبة حرجة تبلغ (7.846) مما يدل على ضرورة أن تعمل المراكز الصحية على تعزيز قابلياتها تجاه الاهتمام في القيمة الاجتماعية وذلك بمقدار (0.694)، وهذا الأمر بدوره يؤدي إلى الحرص على كسب رضا وقبول المرضى تجاه الخدمات التي يتم تقديمها لهم.



الشكل (46) الأنموذج البنائي لتأثير إبعاد القيمة المتحققة للزبون في النوايا السلوكية للزبون تبين نتائج الجدول (3) إلى أن إبعاد القيمة المتحققة للزبون أسهم في تفسير (0.755) من واقع النوايا السلوكية للزبون، مما يدل على أن اهتمام المراكز الصحية الولاء الموقفي، والميول للتحول، ونية تكرار التعامل مرة أخرى أسهم في تحسين النوايا السلوكية للمراجعين بمقدار (0.245) وهو يمثل مقدار العوامل الأخرى التي غير الداخلة في النموذج.

الجدول (53) نتائج تحليل تأثير إبعاد القيمة المتحققة للزبون في النوايا السلوكية للزبون

نوع التأثير	الاحتمالية (P)	معامل التحديد R <sup>2</sup>	النسبة المئوية	الخطأ المعياري	الأوزان المعيارية	مسار الانحدار
معنوي	***	0.755	18.4	0.035	0.644	القيمة الوظيفية <---
معنوي	0.757		0.333	0.024	0.008	القيمة العاطفية <---
معنوي	0.789		0.278	0.036	0.010	القيمة المالية للزبون <---
معنوي	***		7.846	0.039	0.306	القيمة الاجتماعية <---

#### 4- الفرضية الرئيسية السابعة

تنص هذه الفرضية على (توجد علاقة تأثير ذات دلالة إحصائية للتغطية الصحية الشاملة في النوايا السلوكية للزبون من خلال الدور الوسيط للقيمة المتحققة للزبون)

أن الغرض والهدف الأساس من هذه الفرضية هو معالجة حالة التلكؤ والعجز الذي تعاني منه المراكز الصحية المدروسة تجاه تأثير التغطية الصحية الشاملة في النوايا السلوكية للزبون، إذ يلاحظ مما تقدم اعلاه في الفرضية الخامسة إلى عدم وجود تأثير

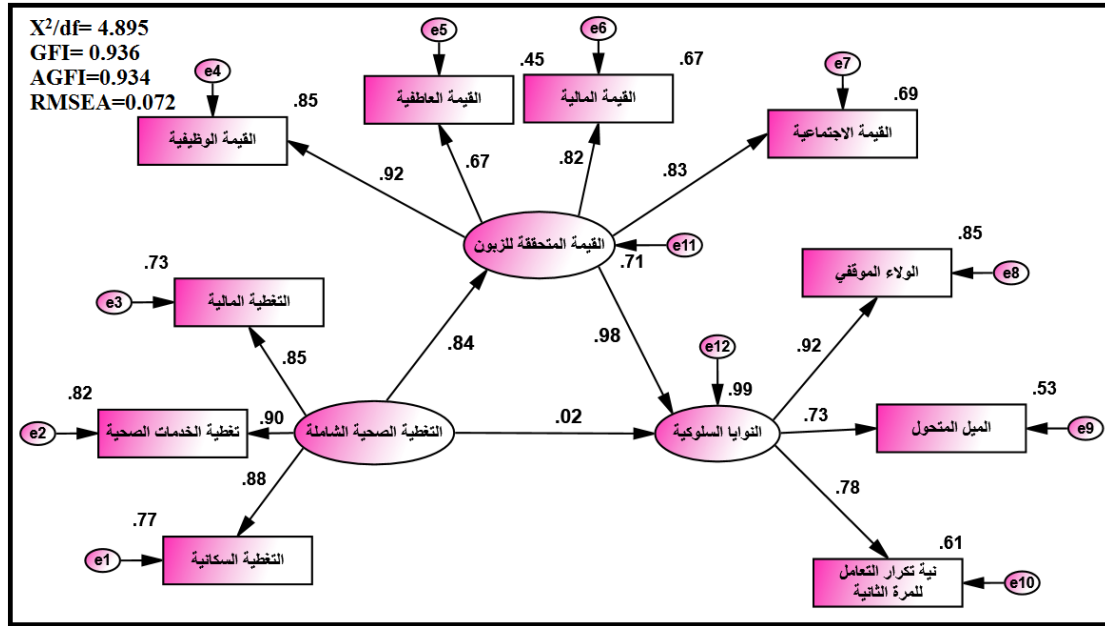
لُبعد التغطية السكانية في النوايا السلوكية للزبون، فضلا عن وجود تأثير ضعيف للتغطية المالية في النوايا السلوكية للزبون من جهة، وجود تأثير لُبعد القيمة العاطفية والقيمة المالية في النوايا السلوكية للزبون من جهة أخرى، وعليه يلاحظ من نتائج الجدول (50) ان التغطية الصحية الشاملة اسهمت في تحسين قدرة القيمة المتحققة للزبون وبالتالي فان هذا الامر من المؤكد ان يعزز قدرة القيمة المتحققة للزبون بابعادها الضعيفة (القيمة العاطفية، والقيمة المالية) في التأثير على النوايا السلوكية للزبون، وبالتالي فان زيادة القيمة المتحقق للزبون بمقدار وزن معياري واحد يؤدي الى تحسين النوايا السلوكية للزبون بمقدار (0.981) وبخطأ معياري بلغ (0.057) وقيمة حرجة مساوية لـ (17.211) وهذا بدوره أسهم في تحسين العلاقة بين التغطية الصحية الشاملة في النوايا السلوكية للزبون من خلال ممارسة القيمة المتحققة للزبون .

جدول (54) نتائج تحليل تأثير التغطية الصحية الشاملة في النوايا السلوكية للزبون من خلال الدور الوسيط للقيمة المتحققة للزبون

مسار الانحدار	الاوزان المعيارية	الخطأ المعياري	النسبة الحرجة	معامل التحديد R <sup>2</sup>	الاحتمالية (P)	نوع التأثير	
بدون وجود القيمة المتحققة للزبون							
التغطية الصحية الشاملة	<---	النوايا السلوكية	0.017	0.065	0.262	0.04	معنوي
بوجود القيمة المتحققة للزبون							
القيمة المتحققة للزبون	<---	النوايا السلوكية	0.981	0.057	17.211	***	معنوي
التغطية الصحية الشاملة	<---	النوايا السلوكية	0.828	0.044	18.818	***	معنوي
مقدار التحسين الذي أحدثه متغير القيمة المتحققة للزبون							
التغطية الصحية الشاملة	<---	النوايا السلوكية	0.811	0.021	18.556	0.991	معنوي
		زيادة	0.811	0.021	18.556	0.991	معنوي
		تخفيض الخطأ	0.811	0.021	18.556	0.991	معنوي
		تحسين	0.811	0.021	18.556	0.991	معنوي

كما تبين النتائج في الجدول اعلاه الى التغطية الصحية الشاملة من بوجود القيمة المتحققة للزبون تؤثر في النوايا السلوكية للزبون بمقدار (0.828) وبخطأ معياري قدره (0.044) وبقية حرجة مساوية لـ (18.818) مما يدل على ان التغطية الصحية الشاملة بوجود القيمة المتحققة للزبون اسهمت في تفسير (0.991) من الازمات التي تقف دون حث النوايا السلوكية للمرضى على تكرار التعامل مع المركز الصحي.

من جانب آخر أسهم وجود القيمة المتحققة للزبون في إحداث عدة تحسينات تمثلت في زيادة تأثير التغطية الصحية الشاملة (من 0.017 - 0.828) أي أن مقدار التحسين قدره (0.811) والحد من الخطأ المعياري وتخفيضه (من 0.065 - 0.044) أي أن مقدار التحسين بلغ (0.021) وتحسين القيمة الحرجة (من 18.818 - 0.262) أي أن مقدار التحسين قيمته (18.556) والإسهام في تطوير القيمة التفسيرية بمقدار (0.991).



الشكل (47) الأنموذج البنائي لتأثير التغطية الصحية الشاملة في النوايا السلوكية للزبون من خلال الدور الوسيط للقيمة المتحققة للزبون



# الفصل الرابع

## الاستنتاجات و التوصيات

المبحث الأول: الاستنتاجات

المبحث الثاني: التوصيات و المقترحات



## المبحث الأول

## الاستنتاجات

1. أثبتت نتائج الدراسة أن مراكز الرعاية الصحية الأولية حريصة على توفير جميع الخدمات الصحية المطلوبة لعلاج الحالات الطارئة التي ترد إليها، وذلك ضمن حدود الخدمات التي تقدمها ، فضلاً عن سعي هذه المراكز إلى توفير الخدمات المناسبة للتعامل مع الأمراض المزمنة كقياس ضغط الدم، أو قياس نسبة السكر في الدم ، وتقديم النصائح المناسبة للمراجعين.
2. اضطلعت المراكز الصحية للرعاية الأولية بدور بارز في إجراء الزيارات الميدانية للمنازل أو المدارس ضمن حدود الرقعة الجغرافية، وذلك لتقديم بعض خدماتها مثل حملات تلقيح الأطفال أو إجراء الكشف الموقعي للمنازل التي يشك أحد بإصابة احد أفرادها بأحد الأمراض المعدية مثل وباء الكوليرا (الهيضة) للحيلولة دون تفشي الوباء، وحقق المريض بالسوائل الوريدية وأعطى المضادات الحيوية.
3. تعاني مراكز الرعاية الصحية الأولية من نقص واضح في بعض التخصصات مثلاً أطباء الأشعة السينية أو أطباء الأشعة المقطعية فضلاً عن وجود نقص واضح في عدد الأطباء والممرضين الماهرين والملاكات الخدمية.
4. نجحت مراكز الرعاية الصحية الأولية في إصدار وتوزيع أدلة ، وبوسترا تحذيرية وإرشادية تخص تثقيف المراجعين بالإجراءات الوقائية والعلاجية المناسبة لبعض حالات الإصابة بالأمراض الانتقالية والمعدية مثلاً فايروس كورونا أو الأمراض البكتيرية.
5. تفتقر أغلب مراكز الرعاية الصحية الأولية إلى المستلزمات الأساسية اللازمة لتلافي حالات العدوى من المرضى إلى الملاك الصحي من بدلات أو أقنعة واقية.
6. تبين أن مراكز الرعاية الصحية الأولية تقدم خدماتها للمراجعين بأسعار زهيدة مقارنة مع أسعار العيادات الخاصة أو العيادات الشعبية الأمر الذي يساهم بزيادة عدد المراجعين، وتقديم الخدمات المطلوبة للطبقات الفقيرة من أبناء المجتمع.

7 . أثبتت النتائج عدم وجود أي دور لمدراء المراكز الصحية في أعداد الخطط التي تقوم بها دائرة صحة الديوانية، والتي تخص الجوانب المالية والمادية المطلوبة لأداء العمل بسهولة وانسيابية.

8 . لوحظ من خلال النتائج أن القيم والافتراضات والطقوس السائدة في مراكز الرعاية الصحية الأولية تتسجم بشكل كبير مع القيم والافتراضات السائدة في المجتمع الذي تعمل فيه ولعل السبب في ذلك يعود إلى أن اغلب المنتسبين هم من سكنه نفس المنطقة الجغرافية للمركز.

9 . تبين أن الإعلانات والبوسترات المكتوبة التي تعملها المراكز الصحية لها تأثير إيجابي على سلوك المرضى من حيث التدابير الوقائية أو العلاجية.

10 . هناك اهتمام دون مستوى الطموح باستثمار وسائل التواصل الاجتماعي للتعريف بالمركز وخدماته الصحية، والوقائية والعلاجية.

11 . لوحظ أن هناك عدم رغبة أو نية لتخلي المرضى عن المراكز الصحية التي يتعاملون معها حالياً حتى في حالة تغير أماكن سكنهم أو حصولهم على خدمات إضافية أخرى من مراكز صحية أخرى ، وبالتالي فإن المراكز الصحية المدروسة استطاعت الاحتفاظ بزبائنهم الحاليين رغم ما تعانيه من صعوبات.

12 . أبرزت نتائج الدراسة أن هناك نية لدى المرضى بتكرار التعامل مع المراكز الصحية التي يراجعونها وذلك لتوافر القناعة لديهم بأن هذه المراكز تقدم ما بوسعها على أفضل وجه لا سيما خلال التحديات الصحية الأخيرة والسياسة التشفيرية للدولة.

13 . تأكد من خلال نتائج الدراسة أن هناك علاقة طردية بين الجهود الحكومية المبذولة ، والتي تستهدف حصول المرضى على الخدمات الصحية الوقائية، والعلاجية بأسعار مناسبة، وبين القيمة التي يحصل عليها هؤلاء المرضى من مراجعتهم للمراكز الصحية.

14 . أثبتت نتائج الدراسة أن امتلاك جميع المرضى لحق الاستفادة من الخدمات التي تقدمها المراكز الصحية ، والتغطية التي تتميز بها خدماتها من ناحية توفير الخدمات، أو الحماية من العواقب الاقتصادية للانتفاع من تلك الخدمات ، فكل ذلك من شأنه أن يحسن مستوى الولاء

الموقفي للمرضى والتقليل من مدى ميولهم للتحويل من مركز صحي إلى آخر فضلاً عن نواياهم بتكرار التعامل مع المركز الصحي الذي يتعاملون معه.

15 . توصلت الدراسة إلى أن الجهود الحكومية المبذولة، والتي يقصد منها حصول المرضى على الخدمات الصحية والوقائية والعلاجية تؤثر إيجاباً في النوايا السلوكية لهؤلاء المرضى، وولائهم ونيتهم في تكرار التعامل، وان هذا التأثير الايجابي يزداد مع ازدياد القيمة الوظيفية والمالية والاجتماعية المتحققة للمرضى.

## المبحث الثاني

## التوصيات والمقترحات

## أولاً : التوصيات

في ضوء الاستنتاجات التي توصلت إليها الدراسة ، والمستندة إلى البحث، والتحليل للمعطيات والبيانات، ، فقد تمكنت الدراسة من الوصول إلى مجموعة من التوصيات التي يؤمل بأن تساهم في إرساء مفهوم التغطية الصحية الشاملة بوصفه مفهوماً جديداً على منظمات الرعاية الصحية الأولية في مدينة الديوانية بشكل خاص ومراكز الرعاية الصحية العراقية بوصفه عموماً ، سعياً إلى تعزيز نقاط القوة الموجودة ، والمساهمة في علاج نقاط الضعف والقصور التي تعيق تحقيق أهدافها في الوصول إلى مستوى الأداء المتميز في تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية وعلى النحو الآتي:-

1 . ضرورة عمل مراكز الرعاية الصحية الأولية جداول زمنية على مدار العام لإكساب المنتسبين فيها من أطباء وملاكات صحية سائدة المهارات المطلوبة للتعامل الإنساني والأخلاقي مع المرضى، وذلك من خلال إدخالهم في دورات وورش خاصة بذلك.

2 . أهمية قيام دائرة صحة الديوانية بأجراء دراسة لأعداد الأطباء والممرضين وعمال الخدمة في ضوء الكثافة السكانية للمناطق التي يتواجد فيها مراكز الرعاية الصحية الأولية ، فضلاً عن العمل على سد النقص الحاصل في بعض التخصصات من خلال إعادة توزيع المنتسبين بين المراكز.

3 . من الضروري للقائمين على إدارة إدارة الملف الصحي توفير كافة المستلزمات المطلوبة لحماية الملاك الطبي والصحي من الأمراض التي قد تنتقل إليهم من خلال المراجعين، وعدم الاكتفاء بالجهود الشخصية للمنتسبين ، ويمكن أن يتحقق ذلك من خلال رصد المزيد من الأموال المخصصة لهذا الجانب.

4 . على دائرة صحة الديوانية إشراك مديري المراكز الصحية في إعداد خطط الدائرة وقراراتها لأن المسؤولين في هذه المراكز هم على اتصال مباشر مع المراجعين ، وبالتالي فهم أقدر من غيرهم في تحديد الأولويات الإستراتيجية للدائرة.

5 . على مراكز الرعاية الصحية الأولية بالعمل على زيادة مستوى الثقة بخدماتها من قبل المراجعين وذلك من خلال الاهتمام بمظهر المراكز أو ارتداء الأطباء فيها للزيّ الطبي الرسمي وذلك من خلال إجراء حملات توعوية وتثقيفية ، وعدم اللجوء إلى الإكراه إلا عند عدم فاعلية مثل هذه الحملات.

6 . على إدارات المراكز الصحية إجراء مسوحات بين الحين والآخر للتعرف على مستوى رضا المراجعين ومدى قبولهم لخدمات هذه المراكز وتعامل منتسبيها مع المراجعين وذلك من خلال المواقع الإلكترونية لهذه المراكز أو من خلال توزيع استبانات قصيرة على المراجعين لتحديد أبرز نقاط الضعف بقصد تلافيها.

7 . يتعين على إدارة المراكز الصحية استحداث مواقع خاصة بها على وسائل التواصل الاجتماعي المختلفة مثلا الفيس بوك للتواصل مع زبائنها لاسيما ما يتعلق بمواعيد لقاحات الأطفال حديثي الولادة، أو التذكير بمواعيد الزيارات الدورية للنساء الحوامل.

8 . من المهم للمراكز الصحية زيادة مستوى ولاء المرضى لتلك المراكز من خلال تركيز الاهتمام على الجوانب التي تزيد من مستوى المشاعر الايجابية وتخفيض مستوى المشاعر السلبية وذلك يتحقق من خلال توطيد الروابط النفسية والعاطفية مع المرضى، للوصول إلى حالة الدمج بين المرضى والمراكز الصحية التي اعتادوا التعامل معها.

9 . ضرورة استحداث وحدة للجودة في جميع مراكز الرعاية الصحية الأولية ، وتعمل هذه الوحدة على تحديد حاجات المرضى ورغباتهم ، ومن ثمّ العمل على تلبيتها من خلال التركيز في تقديم الخدمات الصحية على تلك الحاجات، والسعي إلى الذهاب إلى ابعد منها.

10 . من المناسب عقد ندوات ومؤتمرات وورش عمل حول التغطية الصحية الشاملة وركائزها لجميع العاملين في المنظمات الصحية المحلية دون استثناء ، والسعي إلى تكريس تلك التغطية كثقافة وقيمة عليا في جميع تلك المنظمات .

11 . ضرورة تأكيد مراكز الرعاية الصحية الأولية بشكل خاص، ومنظماتنا الصحية بشكل عام على التركيز على الفوائد غير المباشرة التي يحصل عليها المتعاملين لا سيما القيمة الرمزية

للتعامل مع تلك المراكز أو المنظمات ، ويتحقق ذلك من خلال مد جسور التواصل مع المرضى واستثمار الروابط الاجتماعية لتجاوز بعض الأخطاء الطبية التي قد تحدث.

12 . من الضروري لمنظمتنا الصحية الاهتمام بالجوانب التي تؤثر في صورتها الذهنية لدى المرضى ، والعمل على استثمار العوامل الشخصية (السمات الذاتية) ، والاجتماعية ( ثقافة المجتمع ، وقادة الرأي)، والتنظيمية (السياسات التنظيمية ، الاتصالات ، والأعمال الاجتماعية التطوعية). ويتحقق هذا الأمر من خلال اعتماد عدد من الاستراتيجيات لا سيما إستراتيجية الصورة الداخلية أو إستراتيجية الصورة الخارجية أو إستراتيجية الصورة لدى المستفيدين.

13 . من المهم لمنظمتنا الصحية محاولة البحث عن داعمين ماليين وراعين لخدماتها في محاولة منها لتلافي القيود المالية المفروضة عليها نتيجة لانخفاض الإيرادات الحكومية ، أو عدم إدارتها وتوزيعها بحسب الأولويات المهمة.

#### ثانياً : مقترحات لبحوث مستقبلية

تشكل الدراسة الحالية خطوة تمهيدية نحو إثبات العلاقة بين القيمة المتحققة للزبون والتغطية الصحية الشاملة لما لها من تأثير في تحديد النوايا السلوكية للزبون ، وتفتح أفقاً جديدة للدراسات المستقبلية من خلال الآتي :-

1. إجراء بحوث مستقبلية لتحديد دور التغطية الصحية الشاملة في خلق الميزة التنافسية المستدامة للمنظمات الصحية .

2. اختبار تأثير عوامل أخرى غير إبعاد التغطية الصحية الشاملة من شأنها أن تعمل على تعزيز النوايا السلوكية للزبون مثل أبحاث (القيمة العاطفية للزبون وأثرها في تعزيز جودة الخدمة الصحية ) ، (التغطية المالية الشاملة للمنظمات الصحية وأثرها في تحقيق جودة الخدمة الصحية) .

3. إعادة اختبار العلاقة بين متغيرات الدراسة في بيئات أخرى أو قطاعات مختلفة أخرى للتأكد من نتائج الدراسة الحالية .

# المصادر والمراجع

## أولاً: - المصادر العربية

## - القرآن الكريم

## أ. الكتب

1. حمود ، خضير كاظم ، الشيخ، روان منير، 2010، إدارة الجودة في المنظمات المتميزة، دار الصفاء للنشر والتوزيع \_ عمان ، الطبعة الاولى.
2. سعد ، خالد ، 2002، الجودة الشاملة : تطبيقات تطوير الواقع الصحي ، دار وائل للنشر والتوزيع ،عمان ، الاردن .
3. علوان ، قاسم نايف ، 2005 ،إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الايزو 9001:2002 ، دار الثقافة للنشر ، عمان ، الاردن .

## ب. الدوريات

1. إدريس، ثابت عبد الرحمن، عبد القادر، علي أحمد، 2012، توصيف إتجاهات العملاء نحو محددات القيمة المدركة للعميل وعلاقتها بالولاء لعلامة المنتج : دراسة تطبيقية على عملاء خدمة التليفون المحمول في مصر، آفاق جديدة للدراسات التجارية، جامعة المنوفية - كلية التجارة، مصر، مج , 24 ع3 ، ص 9-54.
2. البدرى ، رفعت محمد، 2014، العوامل المؤثرة في نوايا السلوكيات لمستخدمي الفيس بوك في مصر: دراسة ميدانية باستخدام القبول التقني، المجلة المصرية لبحوث الإعلام، جامعة القاهرة - مصر ، عدد 49.
3. برعي ، حسين بن محمد، 2012، متطلبات تحقيق الرعاية الصحية الشاملة في المملكة العربية السعودية، مجلة البحوث التجارية، جامعة الزقازيق - كلية التجارة، مصر، مج , 34 ع1.
4. بنشوري ، عيسى، 2010 ، تنمية العلاقات مع الزبائن عامل أساسي لأستمرارية المؤسسات تجرية بنك الفلاحة والتنمية الريفية ، مجلة الباحث جامعة ورقلة.
5. حبيبة، قشي (2020) " ثر أسلوب التوجه بالمريض (الزبون) على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية دراسة حالة: عينة من المؤسسات الاستشفائية الجزائرية " أطروحة دكتوراه، جامعة محمد خضير، قسم العلوم الاقتصادية.



6. خسروف ، أيمن محمد كمال ، 2008 ، تسويق الخدمات الصحية ، بحث الدبلوم التخصصي في إدارة المستشفيات ، المركز الدولي الاستشاري للتنمية الإدارية ، بريطانيا.
7. دره، عمر و غريب ، معاذ و سالم بَتَّ سَعْد (2018) " تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى: دراسة مقارنة بين المستشفيات الحكومية والخاصة " لدلة العلوم الاقتصادية والإدارية ، العدد ( 105 ) المجلد (24).
8. سلمان داوود، فضيلة و البلداوي، علاء عبد الكريم (2012) " قياس كفاءة جودة خدمات المراكز الصحية في محافظة كربلاء باستخدام نماذج التحميل التطويقي لمبيانات (DEA) " مجلة دراسات محاسبية و مالية ، المجلد السابع ، العدد 20.
9. عبد الحميد، طلعت اسعد، السوداني، ربيعة عساكر عمر، المنباوي، عزة عبد المنعم، 2016، توسيط القيمة المدركة للعميل في العلاقة بين أساليب تنشيط المبيعات وسلوك الشراء الفوري، المجلة العلمية للدراسات التجارية والبيئية، جامعة قناة السويس - كلية التجارة بالإسماعيلية ، مجلد 7، ع1.
10. علي، نادية أمين محمد.علي، لمياء عبد الناصر محمد، محمد ، عبد الناصر طه إبراهيم، 2015، أبعاد جودة الخدمة المدركة وعلاقتها بالنوايا السلوكية للعميل: دراسة ميدانية بالتطبيق على قطاع الاتصالات بمحافظة أسيوط، مجلة كلية التجارة للبحوث العلمية، جامعة أسيوط - كلية التجارة، مصر، ع 59.
11. غريب، أميرة عبدالله محمد، 2020، دور إدارة معرفة العملاء في تعظيم القيمة المدركة للعميل: دراسة ميدانية على الشركات المقدمة لخدمات الهاتف المحمول في مصر، المجلة العلمية للدراسات التجارية والبيئية، جامعة قناة السويس - كلية التجارة بالإسماعيلية ، مج11، ع1.
12. الغزالي، علي عبد الجليل علي (2014) "جودة الخدمات الصحية وعلاقتها برضا المرضى : دراسة ميدانية على المستشفيات العامة الواقعة في نطاق مدينة بنغازي " رسالة ماجستير، جامعة بنغازي، كلية الاقتصاد، قسم الإدارة.
13. محمد ، شيرين حامد ، (2008)، " استخدام أسلوب تحليل البيانات المتداخلة لتعظيم القيمة للزبون - دراسة تطبيقية على مستخدمي التلفون المحمول في مصر ، مجلة البحوث التجارية ، جامعة الزقازيق المجلد 30 ، العدد 1.

## ثانياً: - المصادر الاجنبية

**A. Book**

1. Aprahim, J.p & Ranken , B.l, ( 2007) , " primary health care " , Macmillan publishing , USA.
2. Arnould, E., Price, L., & Zinkhan, G. (2004). Consumers, second edition. New York: McGraw-Hill.
3. Bartholomew, David, (1996), "The statistical approach to social measurement", New York: Academic Press.
4. Brown, S., Blackmon, K., Cousins, P., & Maylor, H. (2001). Operations management: policy, practice and performance improvement. (1<sup>th</sup>Ed). Butterworth-Heinemann.
5. Byrne, Barbara M.,(2010), "Structural equation modeling with AMOS: basic concepts, applications, and programming", 2nd edition, New York: Taylor & Francis Group.
6. Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (1983)," Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences", 3rd Edition, Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
7. Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J., & Anderson, R.E. (2010). "Multivariate Data Analysis" ,7th ed., Prentice Hall, Upper Saddle.
8. Heizer, J., Render, B. & Munson, C. (2017). Principles of operations management: sustainability and supply chain management. (10<sup>th</sup>Ed). England: Pearson Education Limited.
9. Kaiser, H.F. (1974) An index of factorial simplicity. Psychometrical.
10. Kotler, P. (2009), Manajemen Pemasaran. Edisi Milenium. Jakarta: Prenhallindo.
11. Krajewski, Lee.j. , Ritzman, Larry.P. & Malhotra, Manoj.K. (2016). Operations Management: Processes and Supply Chains. (11<sup>th</sup>Ed). England: Pearson Education Limite.
12. Sekaran, U.& Bougie, R.,(2010)," Research Methods for Business: A Skill Building Approach", 5th ed., New York: John Wiley & Sons.
13. Sekaran, U.,(2003), "Research Methods for Business: A Skill Building Approach", 4th ed., New York: John Wiley & Sons.
14. Stevenson, Wiliam. J. (2018). Operations management. (13<sup>th</sup>Ed). New York: McGraw-Hill Education,.

15. Thomas, Richard, K. (2010). Marketing Service Health. (2<sup>th</sup>Ed). United States: Foundation of the American College of Healthcare Executives.
16. Tichenor, M., & Sridhar, D. (2017). Universal health coverage, health systems strengthening, and the World Bank. *Bmj*.

#### **B. Journals & Periodicals**

1. Abdolvand, M. A., & Andervazh, L. (2011). Investigating customer perceived value in custom services. *Asian Journal of Business Management Studies*, 2(4), pp.162-165.
2. Abiiro GA, Mbera GB, De Allegri M. Gaps in universal health coverage in Malawi: a qualitative study in rural communities. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:234.
3. Ajzen, I. (2002). Perceived Behavioral Control, Self-efficacy, locus of Control, and the Theory of Planned Behavior”, *Journal of Applied Social Psychology*, pp.32, 1-20.
4. Alhashem, A.M., Alquraini, H. and Chowdhury, R.I. (2011), “Factors influencing patientsatisfaction in primary healthcare clinics in Kuwait”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 24 No. 3, pp. 249-262.
5. Alsajjan B and Dennis C (2010) ‘Internet banking acceptance model: a cross-market examination’ *Journal of Business Research*, Vol. 63, 0148-2963.
6. Alshibly, H. H. (2015). Customer perceived value in social commerce: an exploration of its antecedents and consequences. *Journal of Management Research*, 7(1), pp.17-37
7. American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, 2007 Writing Group to Review New Evidence and Update the ACC/AHA/SCAI 2005 Guideline Update for Percutaneous Coronary Intervention, Writing on Behalf of the 2005 Writing Committee, King, S. B., Smith, S. C., Hirshfeld, J. W., Morrison, D. A., ... & Jacobs, A. K. (2008). focused update of the ACC/AHA/SCAI 2005 guideline update for percutaneous coronary intervention. *Journal of the American College of Cardiology*, 51(2), 172-209.
8. Amine, A. 1998. Consumers’ True Brand Loyalty: The Central Role Of Commitment. *Journal Of Strategic Marketing* 6, 305-319.
9. Amornkitpinyo, T., & Wannapiroon, P.(2015). Causal Relationship Model of the Technology Acceptance Process of Learning Innovation in

the 21 ST Century for Graduate Students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 174, 2090-2095.

10. Anderson EW, Mittal V. Strengthening the satisfaction-profit chain. *J Serv Res* 2000;3(2):pp.107-120.

11. Arasli, H., Ekiz, E.H. and Katircioglu, S.T. (2008), "Gearing service quality into public and private hospitals in small islands", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 21 No. 1, pp. 8-23.

12. Arjun Murti&Aashish Deshpande&Namita Srivastava,(2013), "Patient Satisfaction and Consumer Behavioural Intentions: An Outcome of Service Quality in Health Care Services",*Journal of Health Management*,15(4) 549–577,.

13. Arnould, E., Price, L., & Zinkhan, G. (2004). *Consumers*, second edition. New York: McGraw-Hill,pp.45

14. Arnould, E.J. (2014), "Rudiments of a value praxeology", *Marketing Theory*, Vol. 10 No. 1, pp. 129-133

15. Arriaga AF, Bader AM, Wong JM, Lipsitz SR, Berry WR, Ziewacz JE et al. Simulation-based trial of surgical-crisis checklists. *New England Journal of Medicine*. 2013;368(3):246–253.

16. Asgarpour, R. Hamid, A. & Sulaiman, Z. (2015), "A review customer Perceived value And Its Main Components", *Global of Management and Business and Social Science Review*, Vol.1, No. 2, p. 632

17. Asgarpour, R., Hamid, A. B., Sulaiman, Z., & Asgari, A. (2014). A review on customer perceived value and its main components. *Global Journal of Business and Social Science Review*, 2(2),pp. 1-9

18. Atun R, Aydın S, Chakraborty S, 2013. Universal health coverage in turkey: enhancement of equity. *Lancet* :pp.65.

19. Atun R, Jaffray D, Barton M, Bray F, Baumann M, et al (2015) Expanding global access to radiotherapy. *The Lancet Oncology*, 16(10) P1153-1186.

20. Aulia, S. A., Sukati, I., & Sulaiman, Z. (2016). A review: Customer perceived value and its Dimension. *Asian Journal of Social Sciences and Management Studies*, 3(2), 150-162

21. Awia ,Norazryana Mat &Ahmad Jusoha &Khalil Md Nora ,(2013),"A Conceptual Model of Customer Behavioral Intentions: Moderating Effects of Switching Barriers and Social Ties ,p:32

22. Aydin, S., & Özer, G. 2005. The Analysis of Antecedents of Customer Loyalty in the Turkish Mobile Telecommunication Market. *European Journal of Marketing*. 39(7/8): 910–925.
23. Ayo, N. (2012). Understanding health promotion in a neoliberal climate and the making of health conscious citizens. *Critical Public Health*, 22(1), 99–105.
24. Bakar, C., Akgu "n, S. and Al-Assaf, A.F. (2008), "The role of expectations in patients' hospital assessments: a Turkish university hospital example", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 21 No. 5, pp. 503-516.
25. Baldinger, A.L., Rubinson, J., 1996. Brand Loyalty: The Link Between Attitude And Behavior. *Journal Of Advertising Research* 36 (6),pp. 22-34.
26. Bateganya MH, Amanyeiwe U, Roxo U, Dong M, 2015 Impact of support groups for people living with HIV on clinical outcomes: a systematic review of the literature. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*;68(Suppl 3):S368–374.
27. Behera MR, Behera D.(2015). A critical analysis of the term "universal health coverage" under post-2015 Sustainable Development Goals. *Ann Trop Med Public Health* 8:pp.155.
28. Bennett, Rebekah And Rundle-Thiele, Sharyn (2002) A Comparison Of Attitudinal Loyalty Measurement Approaches. *Journal Of Brand Management* 9(3):Pp. 193-209
29. Bigne, J., Mattila, A. & Andreu, L. (2008). The Impact of Experiential Consumption Cognitions and Emotions on Behavioral Intentions, *Journal of Service Marketing*. 22 (4), 303-315.
30. Blois, K. (2004). "Analyzing Exchanges Through the Use of Value Equations". *Journal of Business and Industrial Marketing*, No. 4, Vol. 19.
31. Bloom, D. E., Canning, D., & Sevilla, J. (2004). The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach. *WorldDevelopment*,32(1),1–13 . [doi:10.1016/j.worlddev.2003.07.002](https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2003.07.002).
32. Bojkovska, K., Jankulovski, N., Mihajlovski, G., Joshevska, E., & Dimitrovska, G. (2019). Consumer preferences as determinant of the successful quality management of dairy products. *JOURNAL OF AGRICULTURE AND PLANT SCIENCES, JAPS*, 17(2),pp 15-23.
33. Boushon B, Provost L, Gagnon J, Carver P. Using a virtual breakthrough series collaborative to improve access in primary care. *Joint*

Commission Journal on Quality and Patient Safety.2006; 32(10):573–584.

34. Bove, Ll, Pervan, Sj, Beatty, Se., Shiu, E.: Service Worker Role In Encouraging Customer Organizational Citizenship Behaviors. Journal Of Business Research 62(7),pp. 698-705 (2009).

35. Brady, M.K. & C.J. Robertson (2001). Searching for a consensus on the antecedents role of service quality and satisfaction: An exploratory cross-national study. Journal of Business Research, 51(1), pp. 53–60.

36. Budd A, Lukas S, Hogan U, Priscille K, Fann K, Hill P et al. A case study and the lessons learned from in-house alcohol-based hand sanitizer production in a district hospital in Rwanda. Journal of Service Science and Management. 2016;9:150–190.

37. Bujisic, M., Hutchinson, J., & Parsa, H. G. (2014). The effects of restaurant quality attributes on customer behavioral intentions. International Journal of Contemporary Hospitality Management, pp.1273.

38. Bump, J. B. (2015). The long road to universal health coverage: historical analysis of early decisions in Germany, the United Kingdom, and the United States. Health Systems & Reform, 1(1),pp. 28-38.

39. Buttell,p, Ph. Hendler, R. & Daley, J (2007) " Quality in Healthcare: Concepts and Practice" Journal Of The Business of Healthcare,pp.62.

40. Carrin Guy , James Chris,2004 Atteindre la couverture universelle par l'assurance maladie obligatoire : Problématiques conceptuelles-clé Durant la période detransition, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, p.15.

41. Carrin, G., Mathauer, I., Xu, K., & Evans, D. B. . (2008). Universal coverage of health services: tailoring its implementation. Bulletin of the World Health Organization, 86,pp. 857.

42. Cengiz, E., & Kirkbir, F. (2007). Customer perceived value: the development of a multiple item scale in hospitals. Problems and perspectives in management, (5, Iss. 3 (contin.)),pp. 252-268 .

43. Chan, F., Lee, G., Lee, E., Kubota, C., & Allen, Ch., (2007), "Structural Equation Modeling in Rehabilitation Counseling Research", Rehabilitation Counseling Bulletin, Advanced , Journal Search , Vol. 51, No. (1) , p53-66 .



44. Chang, C.-S., Chen, S.-Y.& Lan,Y.-T. (2013). Service quality, trust, and patient satisfaction in interpersonal-based medical service encounters. *BMC Health Services Research*, 13(1), pp. 20.
45. Chaudhuri, A., Holbrook, M. B., 2001. The Chain Of Effects From Brand Trust And Brand Affect To Brand Performance: The Role Of Brand Loyalty. *Journal Of Marketing* 65 (2), 81-93.
46. Chen, C. & Tsai, D. (2007). How Destination Image and Evaluative Factors Affect Behavioral Intentions? *Tourism Management*. 28, 1115–1122.
47. Chen, C. And Chen, F. (2010) ‘Experience Quality, Perceived Value, Satisfaction And Intentions For Heritage Tourists’, *Tourism Management*, 31: 29–35.
48. Chen, Z., & Dubinsky, A. J. (2003), A conceptual model of perceived customer value in e-commerce A preliminary investigation. *Psychology & Marketing*, 20(4),pp. 323-347
49. Cheng M et al. (2019). "Medical Device Regulations and Patient Safety. In: Iadanza" E (ed.). *Clinical Engineering Handbook*. Amsterdam: Elsevier
50. Cheung D and Padieu Y. Heterogeneity of the effects of health insurance on household savings: Evidence from rural China. *World Development*. 2014;vol 66: 84pp.66
51. Choo, Ho Jung, Moon, Heekang, Kim, Hyunsook, Yoon, Namhee, (2012), "Luxury customer value", *Fashion Marketing and Management: An International Journal*, VolIss 1 pp. 81-101
52. Chotia F. Ebola drains already weak West African health systems. *BBC News Africa*. Available at: <http://www.bbc.co.uk/news/worldafrica-29324595>.
53. Christodoulides, G., Jevons, C., & Blackshaw, P. (2011). The voice of the consumer speaks forcefully in brand identity: User-generated content forces smart marketers to listen. *Journal of Advertising Research*, 51(1 50th Anniversary Supplement), 101-111.
54. Cronin, J.J., Brady, M.K., Hult, G.T.M. (2000), Assessing the effects of quality, value, and customer satisfaction on consumer behavioral intentions in service environments. *Journal of Retailing*, 76(2), pp.193-218.
55. Cronin. N, (2008). Determining factors affecting Internet to adopt banking recommender system, Master’s Thesis, Division of Industrial

Marketing and E- commerce, Lulea University of Technology, 36(5): 31-48.

56. Cui, W., Shen, H., Yan, Y. Q., & Shi-zheng, H. (2020). The Impact of E-service quality in P2P accommodations on Customer Behavior Intention: Evidence from Chinese Customers. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 29(5),pp. 300.

57. Cuong, D. T. (2020). The effect of physical environment and perceived value on customer satisfaction and behavioral intention at the cinema in Vietnam. *Test Engineering and Management*, 82(1-2), 1665-1674.

58. Dagger Tracey S., Jillian C. Sweeney & Lester W. Johnson (2007) "A Hierarchical Model of Health Service Quality Scale Development and Investigation of an Integrated Model" *Journal of Service Research*, Volume 10, No. 2, November 2007 123-142.

59. Das J, Hammer J. Location, location, location: residence, wealth, and the quality of medical care in Delhi, India. *Health Affairs (Millwood)*. 2007;26(3):p.338–51.

60. Das J, Holla A, Das V, Mohanan M, Tabak D, Chan B. In urban and rural India, a standardized patient study showed low levels of provider training and huge quality gaps. *Health Affairs (Millwood)*. 2012;31(12):pp.85.

61. Das J, Holla A, Mohpal A, Muralidharan K. Quality and accountability in healthcare delivery: audit-study evidence from primary care in India. *American Economic Review*. 2013;106(12):pp.99.

62. Day, G. S. 1969. A Two-Dimensional Concept Of Brand Loyalty. *Journal Of Advertising Research* 9, pp.29-35.

63. Deac, V., & Stănescu, A. (2014). Strategic segmentation-The preamble of developing a company strategy. *Revista De Management Comparat International*, 15(4), 461

64. Deac, V., Dobrin, C., & Gîrneată, A. (2016). Customer Perceived Value An Essential Element in Sales Management. *Business Excellence and Management*, 6(1),pp. 43-55.

65. DeBonis, J. N., Balinski, E., & Allen, P. (2002). Value-based marketing for bottom-line success. McGraw Hill Professional, pp. 35

66. Debussche X, Balcou-Debussche M, Besançon S, Traore SA. Challenges to diabetes self-management in developing countries. *Diabetes Voice*. 2009;54.



67. Dellinger EP, Hausmann SM, Bratzler DW, Johnson RM, Daniel DM, Bunt KM et al. Hospitals collaborate to decrease surgical site infections. *American Journal of Surgery*. 2005;190(1):9–15.
68. Demirgunes, B.K. (2015), € “Relative importance of perceived value, satisfaction and perceived risk on willingness to pay more”, *International Review of Management and Marketing*, Vol. 5 No. 4, pp. 211-220
69. Derkyi-Kwarteng, A. N. C., Agyepong, I. A., Enyimayew, N., & Gilson, L. (2021). A narrative synthesis review of out-of-pocket payments for health services under insurance regimes: a policy implementation gap hindering universal health coverage in sub-Saharan Africa. *International Journal of Health Policy and Management*, pp.1.
70. Dick, A. S., & Basu, K. (1994). Customer loyalty: Towards an integrated conceptual framework. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 22(2), 99–113.
71. Dmitrovic, T., Cvelbar, L., Kolah, T., Brencic, M., Ograjensek, I. And Zabkar, V. (2009) ‘Conceptualizing Tourist Satisfaction At The Destination Level’, *International Journal Of Culture, Tourism And Hospitality Research*, 3 (2) :116 – 126.
72. Donabedian, A. (2005), Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729
73. Donovan, A. (2013). “The Strategic Importance of Customer Value”. *Atlantic Marketing Journal*, No. 1, Vol. 2. P. 67
74. Ehsain, Z.& Hashim, N. (2015) "Effect of customer perceived value on Customer Relationship Management Performance", *international Journal of Science, Commerce and Humanities* Vol. 3, No. 4, pp.140-146
75. Elisabeth Paul,a,b Fabienne Fecher,a Remo Meloni,c Wim van Lerberghed , 2018, Universal Health Coverage in Francophone Sub-Saharan Africa: Assessment of Global Health Experts' Confidence in Policy Options , *Global Health: Science and Practice* 2018 , Volume 6, Number 2, PP260-271.
76. Eng-Kiong Yeoh, Cathryn Johnston, Patsy Yuen Kwan Chau, Nicole Kiang, Pamela Tin & Jaymond Tang, 2019, Governance Functions to Accelerate Progress toward Universal Health Coverage (UHC) in the Asia-Pacific Region,
77. Erragcha, N., & Gharbi, J. E. (2012). Moderating effect of accompaniment on the relationship between online perceived quality and

perceived value. *Asian Journal of Business Management*, 4(3), pp260-266.

78. Evans DB, Marten R, Etienne C. Universal health coverage is a development issue. *Lancet*. 2012;380:pp.864.

79. Fallah M, Dahn B, Nyenswah TG, Massaquoi M, Skrip LA, Yamin D et al. Interrupting Ebola transmission in Liberia through community-based initiatives. *Annals of Internal Medicine*. 2016;164(5):367–9.

80. FARHEEN JAVED, 2017,CUSTOMER SATISFACTION AND CUSTOMER PERCEIVED VALUE AND ITS IMPACT ON CUSTOMER LOYALTY: THE MEDIATIONAL ROLE OF CUSTOMER RELATIONSHIP MANAGEMENT, *Journal of Internet Banking and Commerce* An open access Internet journal (<http://www.icommercentral.com>) *Journal of Internet Banking and Commerce*, May 2017, vol. 22, no. S8 Special Issue: Mobile banking: A service provider perspective Edited By: Mihail N. Dudin

81. Farmer P, Frenk J, Knaul F, Shulman L, Alleyne G, et al. (2010) Expansion of cancer care and control in countries of low and middle income: a call to action, *The Lancet* 376(9747):1186-1193 [http://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(10\)61152-X/abstract](http://www.thelancet.com/article/S0140-6736(10)61152-X/abstract) .

82. Felania, F. (2016). Pengaruh Mall Image Terhadap Customer Loyalty Dengan Customer Value Dan Customer Retention Sebagai Variabel Intervening Pada Mall Upper Class Di Surabaya. *Jurnal Strategi Pemasaran*, 3(2), 9.

83. Fishbein M. And Ajzen I., (1975), *Belief, Attitude, Intention And Behaviour*, Addison-Wesley, Philippines,pp.55.

84. Forozia, A., Zadeh, M & Gilani, M. (2013). Customer Satisfaction In Hospitality Industry: Middle East Tourists At 3star Hotels In Malaysia. *Research Journal Of Applied Sciences, Engineering And Technology*. 5 (17), pp.4329-4335.

85. Foster, I., & Kesselman, C. (Eds.). (2003). *The Grid 2: Blueprint for a new computing infrastructure*. Elsevier,pp.2-3.

86. Franco LM, Marquez L.(2011)Effectiveness of collaborative improvement: evidence from 27 applications in 12 less-developed and middle-income countries. *BMJ Quality and Safety*;20(8):658–65.

87. François P, Prate F, Vidal-Trecan G, Quaranta J-F, Labarere J, Sellier E. (2016),Characteristics of morbidity and mortality conferences associated with the implementation of patient safety improvement

initiatives: an observational study. *BMC Health Services Research*.; 16(1):pp.35.

88. Frank, B., & Enkawa, T. (2007). How Economic Growth Affects Customer Satisfaction: A Study from Germany Proceedings of the 13th Asia Pacific Management Conference, Melbourne, Australia, pp. 115-120

89. Frasc CE, Preziosi MP, LaForce FM. (2012) Development of a group A meningococcal conjugate vaccine, MenAfriVac(TM). *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, , 8:pp.715-724. doi: <http://dx.doi.org/10.4161/hv.19619> PMID:22495119.

90. Fullerton, G.: (2005), The Impact Of Brand Commitment On Loyalty To Retail Service Brands. *Canadian Journal Of Administrative Sciences* 22(2), 97-110 .

91. Gallarza, M.G. and I. Gil,( 2006). Value dimensions, perceived value, satisfaction and loyalty: An investigation of university students travel behavior. *Tourism Management* , 29(3):pp, 437–452

92. Gallarza, M.G., Gil-Saura, I. and Holbrook, M.B. (2011), “The value of value: further excursions on the meaning and role of customer value”, *Journal of Consumer Behaviour*, Vol. 10 No. 4, pp. 179-191

93. Gaur, S.S., Xu, Y., Quazi, A. and Nandi, S. (2011), “Relational impact of service providers’ interaction behavior in health care”, *Managing Service Quality*, Vol. 21 No. 1, pp. 67-87.

94. Gefen, G.& Straub, D. W. (2003). Managing user trust in B2C e-Services. *e-Service Journal*, 2(2), pp5.

95. Georges, I., Eggert, A. & Goala, G. (2004) “Communication is Key ;Delivering Customer Perceived Value and Satisfaction in Key Account Relationships” , Vol.6, No.4, pp66-92.

96. Grönroos, C. (2008). Service logic revisited: Who creates value? And who co creates? *European Business Review*, 20(4), pp298–314.

97. Gupta N, Bukhman G. Leveraging the lessons learned from HIV/AIDS for coordinated chronic care delivery in resource-poor settings. *Healthcare*. 2015;3(4):215–20.

98. Gupta, S., & Starr, M. K. (2014). *Production and operations management systems*. Boca Raton, FL: CRC Press, pp.275.

99. Gustafsson, M., & Elg, D. (2008). Creating customer value: A case study at Stilexo, pp1-54.

100. Hanaysha, J. R. (2018). Customer retention and the mediating role of perceived value in retail industry. *World Journal of Entrepreneurship, Management and Sustainable Development*, pp5.
101. Hapsari, R., Clemes, M., & Dean, D. (2016). The mediating role of perceived value on the relationship between service quality and customer satisfaction: Evidence from Indonesian airline passengers. *Procedia Economics and Finance*, 35, 388-395
102. Hauser, J., Saccon, A., & Frezza, R. (2004, December). Achievable motorcycle trajectories. In 2004 43rd IEEE Conference on Decision and Control (CDC)(IEEE Cat. No. 04CH37601) (Vol. 4, pp. 3944-3949). IEEE.
103. Heinonen, K. (2004). Time and location as customer perceived value drivers. *Svenska handelshögskolan*, pp.89.
104. Hellier, P. K., G. Geursen, R. A. Carr, and J. A. Rickard. 2003. Customer repurchase intention: A general structural equation model. *European Journal of Marketing* 37 (11/12): 1762-1800.
105. Herman , 2014, The Relationship between Customer Value and Customer Satisfaction in Face-to-face Tutorials at Universitas Terbuka, ISSN 1858-3431 AAOU Journal 2014 Vol. 9, No. 1 pp 105–114
106. Heryanto, I., Sidharta, I., Mulyawan, A. (2016), Pharmaceutical service quality and loyalty at public hospital in Bandung Indonesia. *International Journal of PharmTech Research*, 7(9), 154-160.
107. Heskett, J. (2009). Creating economic value by design. *International Journal of Design*, 3(1), pp.68.
108. Ho, C. W., & Wang, Y. B. (2015). Re-purchase intentions and virtual customer relationships on social media brand community. *Human-centric computing and information sciences*, 5(1), 1-16.
109. Hu, H., J. Kandampully, and D.T. Juwaheer (2009) „Relationships and impacts of service quality, perceived value, customer satisfaction, and image: an empirical study“, *The Service Industries Journal*, 29 (2):pp. 111–122
110. Huang, C. and Tai, A. (2003). “A Cross- Cultural Comparison of Customer Value Perceptions for Products: Consumer Aspects in East Asia”, No. 4, Vol. 10.
111. Hysong SJ, Best RG, Pugh JA. Audit and feedback and clinical practice guideline adherence: Making feedback actionable. *Implementation Science*. 2006;1(1):9.

112. James C, Savedoff WD. Riskpooling and redistribution in health care: an empirical analysis of attitudes toward solidarity world health report.2010. Background Paper 5. World Health Organisation. <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/SolidarityNo5FINAL.pdf>,pp.1-25.
113. Javed, S. A., Liu, S., Mahmoudi, A., & Nawaz, M. (2019). Patients' satisfaction and public and private sectors' health care service quality in Pakistan: Application of grey decision analysis approaches. *The International journal of health planning and management*, 34 (1), e168-e182
114. Jen, W., Tu, R., & Lu, T. 2011. Managing Passenger Behavioral Intention: An Integrated Framework For Service Quality, Satisfaction, Perceived Value, And Switching Barriers. *Transportation*. 38(2): 321–342.
115. Jhandir, S. U. (2012). Customer satisfaction, perceived service quality and mediating role of perceived value. *International journal of marketing studies*, 4(1),pp.
116. Johnson, S. (2004). The impact of microfinance institutions in local financial markets: a case study from Kenya. *Journal of International Development*, 16(3), 501-517
117. Johri M, Subramanian SV, Sylvestre M-P, Dudeja S, Chandra D, Koné GK et al. Association between maternal health literacy and child vaccination in India: a cross-sectional study. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2015; 69(9):849–57.
118. Jones, M.A., Suh, J.: Transaction-Specific Satisfaction And Overall Satisfaction: An Empirical Analysis. *Journal Of Services Marketing* 14(2),pp. 147-159(2007)
119. Jones, Q., & Rafaeli, S. (2000). Time to split, virtually:'Discourse architecture'and'community building'create vibrant virtual publics. *Electronic Markets*, 10(4), 214-223.
120. Juhana, D., Manik, E., Febrinella, C., Sidharta, I. (2015), Empirical study on patient satisfaction and patient loyalty on public hospital in Bandung, Indonesia. *International Journal of Applied Business and Economic Research*, 13(6), 4305-4326.
121. Jung S, K. H., (2013), "Experience, Attraction, and Perceived Value of the Seniors Community Chorus Concert", *International Review of Management and Business Research*, Vol. 2, No.1, p. 237

122. Kainth, J. S., & Verma, H. V. (2011). Consumption values: scale development and validation. *Journal of Advances in Management Research*, pp.21.
123. Keaveney, S. M., & Parthasarathy, M. (2001). Customer switching behavior in online services: An exploratory study of the role of selected attitudinal, behavioral, and demographic factors. *Journal of the academy of marketing science*, 29(4), 374-390.
124. Kennedy-Martin T, Mitchell BD, Boye KS, Chen W, Curtis BH, Flynn JA et al. The health technology assessment environment in mainland China, Japan, South Korea, and Taiwan: implications for the evaluation of diabetes mellitus therapies. *Value in Health Regional Issues*. 2014; 3:108–16.
125. Kessler, D.P. and Mylod, D. (2011), “Does patient satisfaction affect patient loyalty?”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 24 No. 4, pp. 266-273.
126. Khan, Nasreen, Latifah, Sharifah, 2011, The Impact of Perceived Value Dimension on Satisfaction and Behavior Intention: Young-Adult Consumers in Banking Industry, *African Journal of Business Management*, Vol. 5, No 706.
127. Kieny, M. P., & Evans, D. B. (2013). Universal health coverage. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*, 19 (4), 305-306, 2013.
128. Kieny, M-P. et al. (2017 forthcoming) ‘Strengthening Health Systems for Universal Health Coverage and Sustainable Development’, *Bulletin of the World Health Organization*, pp.1
129. Kim, D., & Jang, S. S. (2013). Price placebo effect in hedonic consumption. *International Journal of Hospitality Management*, 35, 306-315
130. Kim, J. H. and Hyan, Y. J. (2011). A model to investigate the influence of marketing – mix efforts and corporate image on brand equity in the IT software sector. *Industrial Marketing Management*, Vol.40 PP: 442-438 ،
131. King, S. F., & Burgess, T. F. (2008). Understanding success and failure in customer relationship management. *Industrial Marketing Management*, 37(4), pp. 421-431
132. Kinsman L, Rotter T, James E, Snow P, Willis J. What is a clinical pathway? Development of a definition to inform the debate. *BMC Medicine*. 2010;8:31.



133. Klonoff DC, Schwartz DM. An economic analysis of interventions for diabetes. *Diabetes Care*. 2000;23(3):390–404.
134. Knaul et al (2018) The Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief – findings, recommendations, and future directions. *TheLancet*, [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214109X\(18\)30082-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214109X(18)30082-2/fulltext).pp.6
135. Kosherbayeva L, Hailey D, Kurakbaev K, Tsoy A, Zhuzzhanov O, Donbay A et al. Implementation of health technology assessment work in a hospital in Kazakhstan. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2016;32(1–2):78–80.
136. Kotler, P. (2009), *Manajemen Pemasaran*. Edisi Milenium. Jakarta: Prenhallindo.
137. Kotler, P. and Armstrong, G. (2004). *Principles of Marketing*. 10th edition, New Jersey, Prentice Hall,pp.333.
138. Kotler, P. and Keller, K. (2012), *Marketing Management*, 14th ed., Pearson Education Limited, Essex,pp.421. *Marketing*, 40 (2): 73-79
139. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, 2018. High quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for revolution. *Lancet Glob Health* ; 6: pp.252.
140. Kumar V., Shah D., Venkatesan R,2006: *Managing Retailer Profitability-One Customer At A Time*. *Journal Of Retailing* 82(4), 277-294 .
141. Kuo, Y. -F., Wu, C. -M. and Deng, W., 2009, The relationships among service quality perceived value, customer satisfaction, and post-purchased intention in mobile value-added services, *Computers in Human Behavior*, vol. 25 no .
142. Kutcher S, Gilberds H, Morgan C, Greene R, Hamwaka K, Perkins K,2015. Improving Malawian teachers’ mental health knowledge and attitudes: an integrated school mental health literacy approach. *Global Mental Health*;2(10).
143. Ladhari, R. (2009) b. Service quality, emotional satisfaction, and behavioural intentions: A study in the hotel industry. *Managing Service Quality*.Vol. 19 No. 3, pp. 308-331.
144. Lado,Labeaga, J. M., N.&Martos M.: Behavioral Loyalty Towards Store Brands. *Journal Of Retailing And Consumer Services* 14, pp.347-356 (2007).

145. Lagomarsino G, Garabrant A, Adyas A, Muga R, Otoo N. Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. *Lancet*. 2012;380:933–43
146. Lam, S.Y., Shankar, V., Erramilli, M.K., Murthy, B.: Customer Value, Satisfaction, Loyalty, And Switching Costs: An Illustration From A Business-To-Business Service Context. *Journal Of The Academy Of Marketing Science* 32(3), 293-311 (2004).
147. Landers, S, Madigan, E. ET et al, (2016) "The Future of Home Health Care: A Strategic Framework for Optimizing Value" *Home Health Care Management & Practice* 2016, Vol. 28(4) 262–278.
148. Lapierre, J. (2000) “Customer-perceived value in industrial contexts”, *Journal of Business Industrial Marketing*, 15 (2/3):pp. 125
149. Lavelanet, A., Schlitt, S., Johnson, B. and Ganatra, B. (2018). Global Abortion Policies Database: a descriptive analysis of the legal categories of lawful abortion. *BMC International Health and Human Rights*, 18(1),pp44.
150. Lazakidou, A. A., Ilioudi, S., & Tsironi, M. (2012). Patient satisfaction as part of quality assurance in e-health. *International Journal of Reliable and Quality E-Healthcare (IJRQEH)*, 1(1), 1-12
151. Ledden, L., Kalafatis, S. P., & Samouel, P. (2007). The relationship between personal values and perceived value of education. *Journal of Business Research*, 60(9), pp.965-974.
152. Lee, S., Jeon, S. & Kim, D. (2011). The Impact of Tour Quality and Tourist Satisfaction on Tourist Loyalty: The Case of Chinese Tourist in Korea. *Tourism Management*. 32, 1115-1124.
153. Lee, W.I., Chen, C.W., Chen, T.H., Chen, C.Y. (2010), The relationship between consumer orientation, service value, medical care service quality and patient satisfaction: The case of a medical center in Southern Taiwan. *African Journal of Business Management*, 4(4), 448-458.
154. Lefébure, R. (2005). POUR UNE MEILLEURE ÉVALUATION DU CAPITAL CLIENT ET DE SA PRISE EN COMPTE DANS LES SYSTÈMES COMPTABLES. *Revue Française du Marketing*, pp.33.
155. Lemon, K. N., Rust, R. T., & Zeithaml, V. A. (2001). What drives customer equity? *Marketing Management*, 10 (1), pp.20 -25
156. Leroi-Werelds, S., Streukens, S., Brady, M.K. and Swinnen, G. (2014), “Assessing the value of commonly used methods for measuring



customer value: a multi-setting empirical study”, *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 42 No. 4, pp. 430-451

157. Liang, R. D., & Zhang, J. S. (2011). The effect of service interaction orientation on customer satisfaction and behavioral intention: The moderating effect of dining frequency. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 24, 1026-1035.

158. Linnander E, McNatt Z, Sipsma H, Tatek D, Abebe Y, Endeshaw A ,(2016). Use of a national collaborative to improve hospital quality in a low-income setting. *International Health*;8(2):148–53.

159. Liu, C., Wang, S., & Jia, G. (2020). Exploring E-Commerce Big Data and Customer-Perceived Value: An Empirical Study on Chinese Online Customers. *Sustainability*, 12(20), pp.6

160. Lönnroth, K., Aung, T., Maung, W., Kluge, H., & Uplekar, M. (2007). Social franchising of TB care through private GPs in Myanmar: an assessment of treatment results, access, equity and financial protection. *Health policy and planning*, 22(3), 156-166

161. Lucia D'Ambruso, (2013), Global health post-2015: the case for universal health equity, *Global Health*,pp 6:1, 19661 , <https://doi.org/10.3402/gha.v6i0.19661>

162. Lupiyoadi, R. (2001), *Manajemen Jasa*. Jakarta: Salemba Empat. Narayandas,, Measuring and managing the benefits of customer retention: An empirical investigation. *Journal of Service Research*, 1(2), 108-128.

163. M. Chan, D. Esteve, C. Escriba and E. Campo, 2008. “A review of smart homes— Present state and future challenges,” *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, Vol. 91, pp. 55-81.

164. Maiyaki , Audu&Mokhtar ,Sany Mohd,(2011)," Determinants of Customer Behavioural Intention in Nigerian Retail Banks\* ",*Interdisciplinary Journal of Research in Business* Vol. 1, Issue. 10, (pp.42- 48) November.

165. Malhotra, N. K. \$ McCort, J. O. (2001). A cross-cultural comparison of behavioral intention Model. *International Journal Marketing Review*, 18(3),, 235–269.

166. Martín-Ruiz, D., Gremler, D.D., Washburn, J.H. and Cepeda-Carrión, G. (2008), “Service value revisited specifying a higher-order, formative measure”, *Journal of Business Research* , Vol. : 61 No. 12

167. McMichael, T. M., Clark, S., Pogojans, S., Kay, M., Lewis, J., Baer, A., ... & County, K. (2020). COVID-19 in a long-term care

facility—King County, Washington, February 27–March 9, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(12), pp.339.

168. Mellens, M., Dekimpe, M. G., Steenkamp, E. M., A Review Of Brand-Loyalty Measures In Marketing, *Journal Of Economic Management*, Volume 4, 1996, pp.43-44

169. Merten S, Kenter E, McKenzie O, Musheke M, Ntalasha H, Martin-Hilber A.(2010), Patientreported barriers and drivers of adherence to antiretrovirals in sub-Saharan Africa: a meta-ethnography. *Tropical Medicine and International Health*. 2010;15(Suppl 1):16–33.

170. Meštrović, D. (2017). Service quality, students' satisfaction and behavioural intentions in stem and ic higher education institutions. *Interdisciplinary Description of Complex Systems: INDECS*, 15(1), pp 66-77.

171. Miladian H., & Sarvestani, A. K. (2012). A Customer Value Perspective Motivates People to Purchase Digital Items in Virtual Communities. *International Proceedings of Economics Development & Research*, 29, pp.225 – 230.

172. Mills A, Ataguba JE, Akazili J, Borghi J, Garshong B, Makawia S, (2012). Equity in financing and use of health care in Ghana, South Africa, and Tanzania: implications for paths to universal coverage. *Lancet*. 2012;380:pp.126–133.

173. Moliner, M. A., Sánchez, J., Rodríguez, R. M., & Callarisa, L. (2007). Relationship quality with a travel agency: The influence of the postpurchase perceived value of a tourism package. *Tourism and Hospitality Research*, 7(3-4), pp. 194-211.

174. Morar, D. D. (2013). An overview of the consumer value literature—perceived value, desired value. *Marketing from information to decision*, (6), pp.169-186

175. Moreno-Serra R, Smith P. Does progress towards universal health coverage improve population health? *The Lancet* 2012, 380:pp. 917-23

176. Mosadeghrad AM, Ferdosi M, Afshar H, Hosseini-Nejhad M. (2013) "The impact of top management turnover on quality management implementation". *Med Arch* 2013; 67: 134–40. doi: 10.5455/medarh.2013.67.134-140.

177. Mosadeghrad AM. (2014) "Factors influencing healthcare service quality". *Int J Health Policy Manag* 3: pp.77–89.

178. Mukhopadhyay, M. (2020). Total quality management in education. SAGE Publications Pvt. Limited, pp14.
179. Murray, D., & Howat, G. 2002. The Relationships Among Service Quality, Value, Satisfaction, And Future Intentions Of Customers At An Australian Sports And Leisure Centre. *Sport Management Review*. 5(1):pp. 25–43
180. Naumann , E. (2002), “ Creating Customer Value : The Linkage between Customer Value. Customer Satisfaction ,Customer Loyalty,and Profitability,p2. [www.naumann.com/whitepaper.pdf](http://www.naumann.com/whitepaper.pdf)
181. Nawi, N. M., Hashim, N. A. A. N., Shahril, Z., & Hamid, R. (2019). Airbnb Physical Environment Attributes and Customer Behavioral Intention: A Proposed Study. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 9(8), pp.144-151.
182. Nguyen, T. N., Phan, T. T. H., & Vu, P. A. (2015). The Impact of Marketing Mix Elements on Food Buying Behavior: A Study of Supermarket Consumers in Vietnam. *International Journal of Business and Management*, 10(10),pp. 206-215. <http://dx.doi.org/10.5539/ijbm.v10n10p206>.
183. Nor Khasimah Alimana, Wan Normila Mohamad, 2016, Linking Service Quality, Patients’ Satisfaction and Behavioral Intentions: An investigation on Private Healthcare in Malaysia, 6th International Research Symposium in Service Management, IRSSM-6 2015, 11-15 August 2015, UiTM Sarawak, Kuching, Malaysia, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*; 224 ( 2016) 141 – 148
184. Oortwijn W, van der Wilt GJ. Challenges in contemporary health technology assessment: a view from the outside. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2016;32(1–2):1–2.
185. Ozdas A, Speroff T, Waitman LR, Ozbolt J, Butler J, Miller RA. Integrating “best of care” protocols into clinicians’ workflow via care provider order entry: impact on quality-of-care indicators for acute myocardial infarction. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2006;13(2):188–96.
186. P. Rannan-Eliya, Chamara Anuranga, Adilius Manual, SondiSararaks, Anis S. Jailani, Abdul J. Hamid, Izzanie M. Razif, Ee H. Tan, and Ara Darzi, 2016, Improving Health Care Coverage, Equity, And Financial Protection Through A Hybrid System: Malaysia’s Experience, doi: 10.1377/hlthaff.2015.0863 *HEALTH AFFAIRS* 35, NO. 5 (2016):

838–846 ©2016 Project HOPE— The People-to-People Health Foundation, Inc

187. Paananen, A., & Seppänen, M. (2013). Reviewing customer value literature: Comparing and contrasting customer values perspectives. *Intangible Capital*, 9(3), 708-729

188. Perrea, Toula, Krystallis, Athanasios, Engelgreen, Charlotte, Chrysochou, Polymeros Much too new to eat it? Customer value and relationship in the context) 2017,( its impact on consumer-product of novel food products", *Journal of Product & Brand Management*,<https://doi.org/10.1108/JPBM-09-2015-0984>. pp.20.

189. Perry HB, Zulliger R, Rogers MM.(2014), Community health workers in low-, middle-,and high-income countries: an overview of their history, recent evolution, and current effectiveness. *Annual Review of Public Health*;35(1):pp.399–421.

190. Petrick, J. F. (2002) "Development of a multi-dimensional scale for measuring the perceived value a service", *Journal of Leisure Research* , 34 (2): pp.119–134.

191. Pettersson B, Hoffmann M, Wandell P, Levin LA.(2012), Utilization and costs of lipid modifying therapies following health technology assessment for the new reimbursement scheme in Sweden. *Health Policy* ;104 (1):84–91.

192. Pisani E, Olivier Kok M, Nugroho K.(2016), Indonesia's road to universal health coverage: a political journey. *Health Policy Plan* ,pp.120 .doi:10.1093/heapol/czw.

193. Rahi, S. (2016). Impact of customer perceived value and customers perception of public relation on customer loyalty with moderating role of brand image. *The Journal of Internet Banking and Commerce*, 21(2),pp.2

194. Rajagopal, (2007), "Marketing Dynamics", New Age International Ltd., New Delhi,pp.41

195. Rajasekhar D, Berg E, Ghatak M, Manjula R, Roy S.(2011), Implementing Health Insurance: The Rollout of Rashtriya Swasthya Bima Yojana in Karnataka. *Econ Polit Wkly*; 46:pp. 56.

196. RAJI, Mohd Nazri Abdul;(2017), ZAINAL, Artinah. The effect of customer perceived value on customer satisfaction: A case study of Malay upscale restaurants. *Geografia-Malaysian Journal of Society and Space*, 12.3,pp59.

197. Rao, V. and Kartono, B. (2009), "Pricing objectives and strategies: a cross-country survey", in Rao, V.R .Ed.), Handbook of Pricing Research in Marketing, Edward Elgar Publishing Limited 'Cheltenham, pp. 9-36
198. Rauyruen P, Miller Ke. (2007), Relationship Quality As A Predictor Of B2b Customer Loyalty. J Bus Res ;60(1):pp.21-31.
199. Razavi, S. M., Safari, H., Shafie, H., & Khoram, K. (2012). Relationships among service quality, customer satisfaction and customer perceived value: evidence from iran's software industry. Journal of Management and Strategy, 3(3),pp. 30.
200. Reich, M. R., Harris, J., Ikegami, N., Maeda, A., Cashin, C., Araujo, E. C., & Evans, T. G. (2016). Moving towards universal health coverage: lessons from 11 country studies. The Lancet, 387(10020), 811-816.
201. Reid, R. D., & Sanders, N. R. (2013). Operations management: an integrated approach. John Wiley & Sons,pp163.
202. Reynolds, K.E., Arnold, M.: (2000) Customer Loyalty To The Salesperson And The Store: Examining Relationship Customers In An Upscale Retail Context. Journal Of Personal Selling & Sales Management 20(2), 89-98 .
203. Rojas, M. (2010) 'Intra-Household Arrangements and Economic Satisfaction', Journal of Happiness Studies, 11(2) ,pp.225-241.
204. Roy M, Czaicki N, Holmes C, Chavan S, Tsitsi A, Odeny T et al. Understanding sustained retention in HIV/AIDS care and treatment: a synthetic review. Current HIV/AIDS Reports.2016;13(3):177–85.
205. Rundle-Thiele R.,(2006), Journal Of Consumer Research, Vol. 23, Number,7:pp.44.
206. Rundle-Thiele, S.R., (2005). Elaborating Customer Loyalty: Exploring Loyalty To Wine Retailers. Journal Of Retailing And Consumer Services 12 (5), 333-344.
207. Russell-Bennett,R., Mccoll-Kennedy, J.R., Coote, L.V.: (2007) The Relative Importance Of Involvement And Satisfaction On Brand Loyalty In A Small Business Services Setting. Journal Of Business Research (In Press).pp.67.
208. Sampson UK, Amuyunzu-Nyamongo M, Mensah GA.(2013), Health promotion and cardiovascular disease prevention in sub-Saharan Africa. Progress in Cardiovascular Diseases;56(3):344–55.

209. Sandoval, G.A., Brown, A.D., Sullivan, T. and Green, E. (2006), "Factors that influence cancer patients' overall perceptions of the quality of care", *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 18 No. 4, pp. 266-274.
210. Saniati N D, Siti N, Susilawati , dan Nanti M. (2013), sifat organoleptik mie berbahan dasar tepung jagung (*Zea mays L.*) ternikstamalisasi. *Jurnal Teknologi Industri dan Hasil Pertanian*. 18 (2) : pp.114-122
211. Šapić, S., Topalović, S., & Marinković, V. (2014). The influence of perceived value dimensions on customer loyalty. *Economic Themes*, 52(4), pp.392-408.
212. Sarker AR, Sultana M, Mahumud RA. (2016), Cooperative societies: a sustainable platform for promoting universal health coverage in Bangladesh. *BMJ Glob Health* :pp.1-52.
213. Schroeder, R. G, & Goldstein, S.M. (2018). *Operations management in the Supply Chain: Decision and Cases*. (7<sup>th</sup>Ed). McGraw-Hill Education,pp.139.
214. Schwartz J, Evans RG, Greenberg S. (2007), Evolution of health provision in Pre-SARS China: the changing nature of disease prevention. *China Review* ;7:pp.81–104.
215. Shakner , Aparna.2012 , " A Customer Value Creation Framework for Businesses That Generate Revenue with Open Source Software " *Technology Innovation Management Review*. [www.ivsl.org](http://www.ivsl.org) ,pp.19.
216. Siahaan, E., Khaira, A. F., & Sibarani, M. L. L. (2019). Evaluating customer perceived value of housing based on location factor and economic value. *Problems and Perspectives in Management*, 17(3), pp.196
217. Sidharta, I., Affandi, A. (2016), The empirical study on intellectual capital approach toward financial performance on rural banking sectors in Indonesia. *International Journal of Economics and Financial Issues*, 6(3), 1247-1253.
218. Slack, N. & Brandon-Jones, A. (2018). *OPERATIONS AND PROCESS MANAGEMENT Principles and Practice for Strategic Impact*. (5<sup>th</sup>Ed). United Kingdom: Pearson Education Limited,pp.462.
219. Smith, J. B., & Colgate, M. (2007). *CUSTOMER VALUE CREATION: A PRACTICAL FRAMEWORK*. *Journal of Marketing*



Theory & Practice, 15(1), pp.7-23 <http://dx.doi.org/10.2753/MTP1069-667915010>.

220. Srinivasan, S. S., Anderson, R., & Ponnayolu, K. (2002). Customer loyalty in e-commerce: An exploration of its antecedents and consequences. *Journal of Retailing*, 78(1), pp.41-50.

221. Ssengooba F, McPake B, Palmer N.(2012), Why performance-based contracting failed in Uganda: an “open-box” evaluation of a complex health system intervention. *Social Science and Medicine*;75(2):377–383.

222. Stanković, Lj. i S. Đukić (2009) „Marketing strategija orijentisana na vrednost Markeitng, 40 (2): 73-79

223. Stępień, B. (2017). In search of apprehending customers’ value perception. *International Journal of Management and Economics*, 53(1), pp.99-117

224. Suki, N.M., Lian, J.C.C. and Suki, N.M. (2011), “Do patients’ perceptions exceed their expectations in private healthcare settings?”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 24 No. 1, pp. 42-56.

225. Sumriddetchkajorn, K., Shimazaki, K., Ono, T., Kusaba, T., Sato, K., & Kobayashi, N. (2019). Universal health coverage and primary care, Thailand. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(6), 415.

226. Suryadi, N., Suryana, Y., Komaladewi, R., & Sari, D. (2018). Consumer, customer and perceived value: Past and present. *Academy of Strategic Management Journal*, 17(4),pp. 1-9

227. Sweeney, J. C., & Soutar, G. N. (2001). Consumer perceived value: The development of a multiple item scale. *Journal of retailing*, 77(2), 203-220

228. Tam, J., (2004), Customer Satisfaction, Service Quality and Perceived Value: An Integrative Model, *Journal of Marketing Management*, Vol. 20, No. 7-8.

229. Tao, W., Zeng, Z., Dang, H., Lu, B., Chuong, L., Yue, D., & Kominski, G. F. (2020). Towards universal health coverage: lessons from 10 years of healthcare reform in China. *BMJ global health*, 5(3), pp.1

230. Thi Anh Thu L, Thi Hong Thoa V, Thi Van Trang D, Phuc Tien N, Thuy Van D, Thi Kim Anh L .(2015) ,Cost-effectiveness of a hand hygiene program on health care-associated infections in intensive care

patients at a tertiary care hospital in Vietnam. *American Journal of Infection Control*;43(12):e93–99.

231. Tinik Sugiati<sup>1</sup> ,Armanu Thoyib<sup>2</sup> , Djumilah Hadiwidjoyo<sup>3</sup> , Margono Setiawan<sup>4</sup> ,(2013), The Role of Customer Value on Satisfaction and Loyalty (Study on Hypermart's Customers), *International Journal of Business and Management Invention* ISSN (Online): 2319 – 8028, ISSN (Print): 2319 – 801X www.ijbmi.org Volume 2 Issue 6| June. 2013| PP.65-70

232. Trumble, S.C., O'Brien, M.L., O'Brien, M. and Hartwig, B. (2006), "Communication skills training for doctors increase patients' satisfaction", *Clinical Governance: An International Journal*, Vol. 11 No. 4, pp. 299-307.

233. Ubaid Ur Rehman, M. Ilyas, Usman Aslam<sup>3</sup> & M. Kashif Imran, (2016), "Service Quality Dimensions And Its Impact On Customer's Behavioral Intentions", *Pakistan Business Review*, pp.124

234. Upmannu, N K, & Rajput S., (2017), "An Assessment of the Relationship Among Brand Trust, Perceived Value and Brand Loyalty", *PRIMA: Practices & Research in Marketing* , Vol. 8, No.1, pp.9.

235. Vargo, S.L., Lusch, R.F. (2004), Evolving to a New Dominant Logic for Marketing, *The Journal of Marketing* No. 68 (January), pp. 1–17

236. Vasudevan, H., Gaur, S. S., & Shinde, R. K. (2006). Relational Switching Costs, Satisfaction and Commitment: A Study in the Indian Manufacturing Context. *Asia Pacific Journal of Marketing and Logistics*. 18(4): 342–353.

237. Verrecchia R, Thompson R, Yates R.(2019), Universal health coverage and public health: a truly sustainable approach. *Lancet Public Health* ;4:pp.10–11.

238. Victora CG .( 2012), How changes in coverage affect equity in maternal and child health interventions in 35 Countdown to 2015 countries: an analysis of national surveys. *Lancet*, 380:1149-1156. doi : [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61427-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61427-5) PMID:22999433.

239. Vyas, V., & Raitani, S. (2014). Drivers of customers' switching behavior in Indian banking industry. *International Journal of Bank Marketing*, 32(4), 321 – 342.

240. Walter, A., Thilo, A. M., & Helfert, G. (2014). The impact of satisfaction, trust, and relationship value on commitment: Theoretical



considerations and empirical results European Journal of Marketing, 33,pp. 182–196.

241. Wang, Y., Lo, H. P., Chi, R., & Yang, Y. (2004). An integrated framework for customer value and customer-relationship-management performance: A customer-based perspective from China. *Managing Service Quality: An International Journal*,pp.169-182.

242. Wathek S Ramez, 2012, Patients' Perception of Health Care Quality, Satisfaction and Behavioral Intention: An Empirical Study in Bahrain, *International Journal of Business and Social Science* Vol. 3 No. 18 [Special Issue – September 2012], pp:1-11

243. Wayan Ardani&Ketut Rahyuda& Gusti Ayu Ketut Giantari&Putu Gde Sukaatmadja,(2019)," Customer Satisfaction And Behavioral Intentions In Tourism: A Literature Review ", *International Journal Of Applied Business & International Management*, Vol. 4 No. 3, pp:1-10 .

244. White, C., & Yu, Y. T. (2005). Satisfaction emotions and consumer behavioral intentions. *Journal of Services Marketing*.

245. Whitehead, P.: Satisfied Customers Are Not Necessarily Loyal. April, Retrieved From Shtml (2000),pp.33 [Http://Www.Energyforum.Net/Feature/Feat200](http://www.energyforum.net/feature/feat200).

246. Witter S, Garshong B. Something old or something new? Social health insurance in Ghana. *BMC Int Health Hum Rights*. 2009; 9: 20. <https://doi.org/10.1186/1472-698X-9-20> PMID: 19715583.

247. Witter, S., Wurie, H., & Bertone, M. P. (2016). The free health care initiative: how has it affected health workers in Sierra Leone?. *Health Policy and Planning*, 31(1), 1-9

248. Wongsuchat, P. and A. Ngamyang, (2014). A study of relation among perceived consumption value and customer satisfaction of boutique hotel in Thailand. *International Journal of Scientific and Research*, 4(7): 1-7.

249. Xia, W., Jie, Z., Chaolin, G. And Feng, Z. (2009). 'Examining Antecedents And Consequences Of Touristsatisfaction:Astructural Modelingapproach', *Tsinghua Science And Technology* : 14 (3) : 397-406

250. Yu, H. S., Zhang, J. J., Kim, D. H., Chen, K. K., Henderson, C., Min, S. D., Huang, H., 2014. Service quality 'perceived value, customer satisfaction, and behavioral intention among fitness center members aged

60 years and over. *Social Behavior and Personality : an international journal*, 42(5), 757-767

251. Zeithaml, V. A., & Bitner, M. J. (2000). *Services Marketing*, 2/e, Tata McGraw-Hill Publishing Company Limited. New Delhi, pp.125

252. Zhang, M., Guo, L., Hu, M. & Liu, W. 2017. Influence Of Customer Engagement With Company Social Networks On Stickiness: Mediating Effect Of Customer Value Creation. *International Journal Of Information Management*, 37, pp.229-240.

253. Zhao,H.,Seibert,C.and Hills,C.(2005)."The Mediating Role of Self-Efficacy in The Development of Entrepreneurial Intentions". *Journal of Applied Psychology*, 90 (2) 1265-1272.

254. Zineldin, M. (2006). The royalty of loyalty: CRM, quality and retention. *Journal of Consumer Marketing* ,23(7),pp.430-437.

### C. Thesis& Dissertation

1. Beukes, W. (2016). *Analysing the impact of employees' perceived customer value on employee engagement* (Doctoral dissertation, North-West University (South Africa), Potchefstroom Campus).

2. Johnson, Elinor, 2008, *Improving Customer Perceived Value at the Liberty Program* Thesis in Marketing Management, Department of Business Administration and Economics University of Gävle,pp.429.

3. Leung, Clara, 2005, *The Perceived Value of Location-Based Services in New Zealand Tourism*, Research Conducted as Part of An MCom Marketing thesis at the University of Auckland.

4. Mathew Mossey, 2011, *The Saskatchewan Cancer Program: A Historical Examination of Government in Providing Health Care*, Master thesis, University of Saskatchewan Saskatoon

5. Najem, F. M. (2016) "The Impact of Hospital Information System Quality on the Health Care Quality (A Case Study on European Gaza Hospital)" Faculty of Commerce, Business Administration Department, Islamic University of Gaza

6. Robinson, G. J. 2012. *Delight, Satisfaction, And Behavioral Intentions In A Hospital Setting: The Role Of Environmental And Interpersonal Services*. Unpublished 3510912, Cleveland State University, United States-Ohio.

7. Ullakonoja ,Juho (2011) *The Effects of Retail Design on Customer Perceived Value* , Master's thesis on Marketing ,Aalto University.

### D. Reports

1. Porignon, D. (2019). *Annual report 2018-Supporting policy dialogue on national health policies, strategies and plans for universal health coverage*. PORIGNON, Denis, et al. Annual report 2018-

Supporting policy dialogue on national health policies, strategies and plans for universal health coverage. 2019.P9

2. Prager GW, Braga S, Bystricky B, Qvortrup C, Criscitiello C etal. (2018) Global cancer control: responding to the growing burden, rising costs and inequalities in access. ESMO Open. 2018;3https://esmoopen.bmj.com/content/esmoopen/3/2/e000285.full.pdf

3. World Health Organization (WHO). The World Health Report. Health systems financing: The path to universal coverage. 2010. Available at: apps.who.int/iris/bitstream/10665/44371/1/9789241564021\_eng.pdf

4. World Health Organization. (2018). Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. World Health Organization, PP.2

5. World Health Organization. (2019). Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report: executive summary (No. WHO/HIS/HGF/19.1).

6. World Health Organization. Universal health coverage. Preparation for the high-level meeting of the United Nations General Assembly on universal health coverage. Report by the Director-General (A72/14). Geneva, 2019 [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA72/A72\\_14-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_14-en.pdf).

#### **E. Internet**

1. Cancer Control, Addressing cancer Universal Health Coverage, 2019, [www.uicc.org](http://www.uicc.org).

2. Saha, . Samir Kumar, Vision of universal health coverage by 2030 <http://m.thedailynewnation.com/print-news/198937>.

الملاحق

## ملحق (1)

أسماء السادة المحكمين مرتبةً بحسب اللقب العلمي والشهادة

الجامعة	الاختصاص	الاسم	المرتبة العلمية	ت
الكوفة	إدارة الإنتاج والعمليات	يوسف حجيم الطائي	أ.د.	1
القادسية	إدارة التسويق	حسين علي عبد الرسول	أ.د.	2
القادسية	إدارة أمداد	حامد متعب الشيباوي	أ.د.	3
القادسية	إدارة تسويق	أثير عبد الأمير	أ.د.	4
كربلاء	إدارة تسويق	فؤاد حمودي العطار	أ.	5
القادسية	إدارة تسويق	حسين فلاح ورد	أ.م.د.	6
المعهد التقني الديوانية	إدارة تسويق	زكي محمد عباس	أ.م.د.	7
القادسية	إدارة الإنتاج وعمليات	بشرى عبد الحمزة	أ.م.د.	8
القادسية	إدارة تسويق	احمد كاظم عبد	أ.م.د.	9
القادسية	إدارة الإنتاج والعمليات	خوله راضي عذاب	أ.م.د.	10

## الملحق (2)

استمارة الاستبيان



وزارة التعليم العالي والدراسة العلمي

جامعة القادسية

كلية الإدارة والاقتصاد

قسم إدارة الأعمال / الدراسات العليا

## تقييم آراء الخبراء حول ( صدق أداة القياس )

الخاص بمشروع

رسالة الماجستير الموسومة

تأثير التغطية الصحية الشاملة في النوايا السلوكية : الدور الوسيط  
للقيمة المتحققة للمريض

(دراسة استطلاعية في بعض مراكز الرعاية الصحية في مركز مدينة الديوانية)

إعداد الطالبة

إشراف

هديل كاظم دهش جلاب

أ.د أسيل علي مزهر



## السيد الخبير المحترم

### تحية تقدير واحترام ...

نظرا لما تتمتعون به من خبرة وجدارة علمية فذة نضع بين ايديكم الاستبانة الخاصة برسالة الماجستير الموسومة **تأثير التغطية الصحية الشاملة في النوايا السلوكية : الدور الوسيط للقيمة المتحققة للمريض (دراسة استطلاعية في بعض مراكز الرعاية الصحية الأولية في مركز مدينة الديوانية)**

راجين تفضلكم التمعن في الاستبانة وابداء ملاحظاتكم العلمية السديدة والتي سوف تقوم سيقاوم مسار الرسالة علميا .

وقد تم الاعتماد على مقياس (Likert) الخماسي الدرجة لتحديد اجابات افراد عينة الدراسة .

يرجى التفضل بإبداء رأيكم حول الاستبانة ومكوناتها وفقراتها ،مع بيان الملاحظات الضرورية في ضوء الاجابة على الاسئلة الاتية:

1. هل ان فقرات الاستبانة تعبر عن كل متغير تنتمي اليه ؟
2. هل فقرات الاستبانة واضحة وتخدم غرض الدراسة ؟
3. هل هناك مقترح لمكان الدراسة؟
4. هل هناك فقرات اخرى يمكن اضافتها الى كل متغير من متغيرات الدراسة لتكييف المقاييس ؟

علما ان الاستبانة اعدت استنادا الى مجموعة من المقاييس العالمية المعتمدة في قياس متغيرات الدراسة والتي يمكن ايضاحها كما في الجدول ادناه :

متمنين مساعدتنا بوافر خبرتكم ودعمكم للبحث العلمي.

وشاكرين تعاونكم معنا . .



المحور الأول : المعلومات التعريفية بعينة الدراسة :

يرجى وضع علامة (✓) في المربع المناسب لكل فقرة

أ. النوع الاجتماعي:

نكر  أنثى

ب. الفئة العمرية:

أقل من 20 سنة  من 20\_30  31\_40   
41-50  51-60  61 سنة فأكثر

د. عدد مرات التعامل الأسبوعي مع المركز الصحي :

مرة واحدة  مرتين  أكثر من مرتين



المحور الثاني: الفقرات المتعلقة بمتغيرات الدراسة :

**أولاً:- التغطية الصحية الشاملة** - هي جهود حكومية تستهدف تحقيق الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية والتأهيلية للفرد و الأسرة والمجتمع بأسعار مناسبة وبما يضمن حصول الجميع على تلك الرعاية الصحية . وهي بذلك تمثل أحد أهداف التنمية المستدامة للمجتمعات في عالم اليوم.

وتتكون من الابعاد الآتية :

**1- التغطية السكانية** :- من أولويات منظمة الصحة العالمية هي توفير جميع الخدمات الصحية لأكبر عدد ممكن من السكان من خلال وضع الخطط والاهداف من أجل تحقيق ذلك.

ت	الفقرات	المقياس				
		أتفق تماماً	أتفق	غير متأكد	لا أتفق	لا أتفق تماماً
1	يحق لمرضى (أبناء) المحافظة الاستفادة من التلقيحات الوقائية بأشكالها المختلفة.					
2	تتوفر الرعاية الصحية الوقائية للنساء الحوامل أثناء وبعد الحمل.					
3	تتوفر الخدمات الصحية لعلاج الحالات الطارئة والمزمنة.					
4	تقدم عيادات التغذية أو الاقلاع عن التدخين والكحول الخدمات الصحية لمرضى (أبناء) المحافظة					
5	تتاح خدمات العلاج الطبيعي لمرضى المحافظة وأبنائها.					
6	يخضع مرضى (أبناء) المحافظة للزيارات					



						الميدانية التي تجريها المراكز الصحية الأولية.
						7 تتاح الخدمات التأهيلية لمرضى (أبناء) المحافظة المعاقين أو ذوي الاحتياجات الخاصة.

2- تغطية الخدمات الصحية :- لتحقيق التغطية الصحية الشاملة نعتقد أن هناك حاجة إلى نهج

متكامل لتقديم الرعاية الصحية لتحسين الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية للجميع

ت	الفقرات	المقياس				
		أتفق تماما	أتفق	غير متأكد	لا أتفق	راي المحكم
1	تعمل المراكز الصحية على تلافي معظم حالات العدوى عبر اجراءاتها الوقائية (البوسترات ، الاعلانات ،الزيارات الميدانية).					
2	تتوفر تغطية صحية في مجال الصحة النفسية والعقلية لمرضى (أبناء) المحافظة.					
3	تصدر المراكز الصحية أدلة ذات صلة بالتدابير الوقائية والعلاجية لحالات الإصابة بالأمراض المعدية (سيما فايروس كورونا)					
4	تقدم المراكز الصحية خدماتها بما يواكب التطور الحاصل في تكنولوجيا الطب.					
5	تشمل الإجراءات الصحية الوقائية والعلاجية جميع مرضى (أبناء) المحافظة دون					



						استثناء.
						يجري بشكل دائم ابتكار خدمات صحية بما يتواءم مع المستجدات البيئية.
						6

3- التغطية المالية :- حماية الناس من العواقب الاقتصادية للأستفادة من الخدمات الصحية ، ولتحقيق هذا الهدف ،لابد من وجود اليات تمويل للرعاية الصحية مدفوعة مسبقا .

ت	المقياس					الفقرات
	أتفق تماما	أتفق	غير متأكد	لا أتفق	لا أتفق تماما	
1						تعمل المراكز الصحية وفق آليات تمويل للرعاية الصحية مدفوعة سلفا.
2						يجري تأمين التغطية المالية للمنح الطارئة اللازمة للتعامل مع بعض الأمراض والأزمات.
3						تقديم الخدمات الصحية للمرضى لا يتطلب مبالغ كبيرة .
4						يعد من أولويات عمل المراكز الصحية تقديم خدمات صحية عالية الجودة.
5						تمتلك المراكز الصحية خطط مدروسة لتأمين المساعدات المالية والمادية.
6						يتم الاهتمام بالجوانب الاقتصادية اللازمة للأستفادة من الخدمات الصحية من قبل الإدارات الصحية .

**ثانيا:- القيمة المتحققة للزبون :** . مقارنة داخلية يجريها الزبون بين المزايا التي تقدمها المنظمة له في منتجاتها أو خدماتها وبين السعر الذي يطلب من الزبائن دفعه للحصول على تلك



المنتجات أو الخدمات. واعتمدت الدراسة الحالية مقياس (Wang et al., 2004). وتتكون من الأبعاد التالية:

- 1- القيمة الوظيفية:** - تقييمات عقلانية واقتصادية للأفراد حول السمات الخاصة والتأثيرات الحقيقية التي سيحصل عليها الزبائن من شراء المنتج أو استعمال الخدمة، إذ أن القيمة الوظيفية (الجودة) للخدمة من الضروري أن تكون تمتاز بالموثوقية.

ت	الفقرات	المقياس				
		أتفق تماما	أتفق	غير متأكد	لا أتفق	لا أتفق تماما
1	تقدم المراكز الصحية خدمات متميزة وذات جودة عالية.					
2	توفر المراكز الصحية خدمات صحية نمطية.					
3	يشعر المريض بالأطمئنان والثقة من الخدمات التي تقدمها المراكز الصحية.					

- 2 - القيمة العاطفية:** - المنفعة المستمدة من المشاعر أو الحالات العاطفية، وأن المنظمات التي تركز على تقديم قيمة عاطفية سيثمر في زيادة فهمهم للإستجابات العاطفية للزبائن وبالتالي يؤدي إلى رضاهم عن الخدمات المقدمة.

ت	الفقرات	المقياس				
		أتفق تماما	أتفق	غير متأكد	لا أتفق	لا أتفق تماما
4	تقدم المراكز الصحية خدمات لاتجعل المريض يشعر بالملل.					
5	يشعر المريض بالتحسن عند مراجعته المراكز الصحية.					
6	يتعامل عاملي المراكز الصحية باللطف					



						والحسنى مع مرضى المحافظة.	
						يشعر المريض بالراحة النفسية عن الخدمات التي تقدمها المراكز الصحية .	7

**3- القيمة المالية :-** تعالج القيمة المالية الجوانب النقدية المباشرة مثل السعر وإعادة البيع والخصم والاستثمار وما إلى ذلك ،مشيرا إلى قيمة المنتج معبرا عنه بالمال إلى ما تم التخلي عنه أو التنازل عن التضحيات للحصول على المنتج.

ت	الفقرات	المقياس				رأي المحكم
		لا أتفق تماما	لا أتفق	غير متأكد	أتفق تماما	
8	يقدم المركز الصحي خدماته بأسعار مناسبة.					
9	تقدم المراكز الصحية خدمات صحية تفوق توقعات المريض.					
10	يحصل المريض من المراكز الصحية خدمات تفوق قيمتها المالية.					
11	تقدم المراكز الصحية خدمات ذات جودة عالية للمرضى.					
12	تعامل المريض مع المراكز الصحية خيار صائب وسليم ماليا.					

**4- القيمة الاجتماعية :-** يركز البعد الاجتماعي لقيمة الزبون على التوجه الشخصي للزبون تجاه العلامة التجارية أو المنتج وهذا التوجه يكون مصدره المجتمع ، أي بمعنى ترتبط قيمة التفاعل الاجتماعي بالتفاعل الاجتماعي للزبائن مع الأصدقاء والعائلة والمستخدمين الآخرين فيما يتعلق بتجربة الخدمة.

ت	الفقرات	المقياس				
		أتفق تماماً	أتفق	غير متأكد	لا أتفق	لا أتفق تماماً
13	يشعر المريض بالرضا والقبول عن خدمات المراكز الصحية.					
14	تعامل المريض مع المراكز الصحية يولد لديه انطباع جيد.					
15	يشعر المريض بأن المركز الصحي جزء لا يتجزأ من المجتمع.					
16	تمتلك المراكز الصحية ثقافة تنظيمية تتوافق مع ثقافة المجتمع.					

ثالثاً:- **النوايا السلوكية للزبون Consumer behavioral intention** .: التركيز على

المواقف تجاه الأفعال الحقيقية ، التفضيل ، الالتزام ، الموقف تجاه مقاييس العلامة التجارية و /

أو احتمالية الشراء . واعتمدت الدراسة الحالية مقياس ( Christopher J. White,2005)

( وتتكون من الابعاد الاتية :

1. **الولاء الموقفي** :- يكون الولاء الموقفي حسب مشاعر الزبون ومعتقده وتوجهه وكذلك نية

الشراء لديه، ويؤكد الولاء الموقفي على الزبائن أصحاب التوجه القوي نحو منتج معين أو خدمة

معينة نتيجة استمرار علاقته مع المنظمة .

ت	الفقرات	المقياس				
		أتفق تماماً	أتفق	غير متأكد	لا أتفق	لا أتفق تماماً
1	تعد إعلانات المركز الصحي ذات تأثير إيجابي على المرضى.					

						يعتمد المركز الصحي وسائل التواصل الاجتماعي لاستقطاب المرضى .	2
						يتبنى المركز الصحي سياسة ضمان تكرار الشراء من قبل المرضى.	3
						يحرص المركز الصحي على تقديم خدمات لها الأولوية في اختيارات المرضى المستقبلية.	4

2- الميل للتحويل :- .يميل الزبون إلى أن يكون أكثر التزاما وولاء للمنظمة ولن يبحث عن بدائل أو يميل للتحويل لمنافس آخر.

ت	الفقرات	المقياس				
		أتفق تماما	أتفق	غير متأكد	لا أتفق	لا أتفق تماما
5	ليس لدي نية بالتعامل مع مركز صحي آخر حتى في حالة تغيير مكان سكني.					
6	لن أتعامل مستقبلا مع مركز صحي آخر حتى لو حصلت على خدمات إضافية.					

3- نية تكرار التعامل للمرة الثانية :- رغبة الزبون في إعادة تكرار التعامل مرة أخرى مع المنظمة التي تقدم خدمة ذات جودة عالية وتؤدي إلى ترك أنطباع جيد لدى الزبون عن هذه الخدمة.



ت	الفقرات	المقياس				
		أتفق تماماً	أتفق	غير متأكد	لا أتفق	لا أتفق تماماً
7	لو كنت مخييراً سوف أستمر في التعامل مع هذا المركز الصحي.					
8	لدي الرغبة في تلقي الدعم الصحي المستمر من هذا المركز الصحي .					
9	لدي القناعة الكافية بولائي لهذا المركز الصحي.					





## الملحق (3) مراكز الرعاية الصحية الأولية المشمولة بالدراسة

ت	المراكز الصحية
1	مركز الرعاية الصحية الأولية في حي الوحدة
2	مركز الرعاية الصحية الأولية في حي الصدر / 1
3	مركز الرعاية الصحية الأولية في حي الصدر / 2
4	مركز الرعاية الصحية الأولية في حي الصدر / 3
5	مركز الرعاية الصحية الأولية في حي الصدر / 4
6	مركز الرعاية الصحية الأولية في حي الجمهوري
7	مركز الرعاية الصحية الأولية في حي الإسكان الصناعي
8	مركز الرعاية الصحية الأولية في حي الإسكان القديم
9	مركز الرعاية الصحية الأولية في حي الصادق
10	مركز الرعاية الصحية الأولية في حي النهضة
11	مركز الرعاية الصحية الأولية في حي السراي (الطليعة)
12	مركز الرعاية الصحية الأولية في حي الجزائر
13	مركز الرعاية الصحية الأولية في حي الجديدة
14	مركز الرعاية الصحية الأولية في حي التقيية
15	مركز الرعاية الصحية الأولية في حي الفرات
16	مركز الرعاية الصحية الأولية في حي الحكيم
17	مركز الرعاية الصحية الأولية في حي العروبة
18	مركز الرعاية الصحية الأولية في حي الزهراء



الملاحف



## Abstract

The current study aimed to shed light on the impact of universal health coverage in enhancing the behavioral intentions of the customer through the value achieved for him/her for a sample of (491) patients who came to (18) primary health care centers in the city center of Al-Diwaniyah. The universal health coverage variable includes three main dimensions: population coverage, health service coverage, and financial coverage. As for the customer value variable, which emphasizes the value that the customer obtains as a result of his/her use of health services provided in health care centers, it includes four main dimensions: functional value, emotional value, financial value and social value. As for the behavioral intentions variable, it includes three dimensions: situational loyalty and the tendency to switch and re-deal for the second time. The study adopted the questionnaire as a basic measurement tool for data collection that was dedicated to test the main and subsidiary hypotheses of the study through the use of a number of statistical methods, most notably (Pearson's simple correlation coefficient, and simple and multiple regression analysis). The results of the study proved the validity of most of the hypotheses. The study reached a set of conclusions, the most prominent of which was the evidence of the results of the study that all patients have the right to benefit from the services provided by the health centers and the coverage that characterizes their services in terms of providing services or protection from the economic consequences of benefiting from those services, all of which would improve the level of situational loyalty of patients and reducing their tendency to switch from one health center to another, as well as their intentions to repeat dealing with the health center they already have dealt with.

**Key words: quality of health care, universal health coverage, Realized value patients , behavioral intentions .**

**Ministry of Higher Education  
and Scientific Research  
University of AL- Qadisiya  
College of Administration and  
Economics  
Business Administration  
Department**



**The effect of universal health coverage on  
behavioral intentions: the mediating role of  
Realized patients value**

**An Exploratory study in some primary health-care centres  
in AL- Diwaniyah city center**

**A thesis**

**Submitted of The Council of the College of Administration and Economics,  
AL-Qadisiya University, In partial Fulfillment of Requirements of the  
Master Degree in Business Administration**

**By**

**Hadeel Kadhim Dahash Chalab**

**Supervised by  
Prof. Dr.  
Aseel Ali Mezher**

**2021 A.D**

**1443 H.D**